



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Nuno Manuel Lopes Pereira

Lisboa, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Nuno Manuel Lopes Pereira

Sob Orientação de Mestre Manuela Madureira

Lisboa, Maio de 2012



“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa



RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica de Lisboa. Traduz o percurso na unidade curricular Estágio Enfermagem Médico-Cirúrgica, composta por três módulos, nomeadamente, o serviço de urgência, o de cuidados intensivos/intermédios e o opcional. Utiliza a metodologia descritiva, reflexiva e analítica, incidindo nas atividades realizadas, competências desenvolvidas e adquiridas na área de especialização Médico-Cirúrgica.

O módulo III – Opcional, foi creditado pelo Conselho Científico da UCP-ICS, de acordo com o artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março, tendo em conta as competências adquiridas ao longo de 7 anos de exercício profissional em contexto de Enfermagem Geriátrica, salientando a área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, a área da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais e a área da formação em contexto de trabalho.

Relativamente ao módulo II – cuidados intensivos/intermédios, realizado na UCICRE do HFF entre 27 de Abril a 24 de Junho de 2011, foram estabelecidos os seguintes objetivos: *Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, e sua família* através do recurso a conhecimentos teóricos, técnicos e pesquisa bibliográfica; *Adquirir/Desenvolver competências na prestação de cuidados a clientes em estado crítico submetidos a ventilação mecânica invasiva* pela pesquisa bibliográfica, aplicação teórica, elaboração de formação em serviço e criação de quadro de comunicação e *Contribuir para a prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados* através de uma ação de formação, criação de placares e início de um estudo de investigação sobre a correta higienização das mãos.

Referentes ao módulo I – serviço de urgência, desenvolvido no Hospital da Luz – AMP, entre 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, foram elaborados os subsequentes objetivos: *“Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados ao cliente crítico de médio e alto risco/família* pelo recurso a conhecimentos teóricos, técnicos e pesquisa bibliográfica e *Ação de sensibilização à equipa de enfermagem sobre a temática “Burnout nos enfermeiros de Urgência”* através de formação em serviço e elaboração de um trabalho de revisão bibliográfica.



ABSTRACT

This report comes as a conclusion to the Training Period set for the Master's Degree in Nursing (Professional Nature), in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, in the Institute of Health Sciences of the Catholic University of Lisbon (ICS/UCP). It describes the route throughout the curricular unit *Medical-Surgical Nursing Training*, being composed of three modules: the Emergency Department, the Intensive /Intermediate Care Department, and another one of our choice. It follows a descriptive methodology, reflective and analytical, activity focused, developed skills and expertise acquired in the area.

Module III - Optional, credited by the Scientific Council of ICS/ UCP -in accordance with Article 45 of Decree-Law 74/2006 of March 24, takes into account the skills acquired over seven years of professional practice in Geriatric Nursing context, highlighting the area of care providing *Nursing to the Elderly*, the area of Care Management, Human and Material Resources and the area of Training in the Workplaces.

For the Module II - Intensive/ Intermediate Care , held at the HFF UCICRE from the 27th of April to the 24th of June 2011, we established the following goals: to provide skilled nursing care to patients in critical condition after undergoing major surgery, and support their families through the use of theoretical knowledge, and technical literature, to acquire/develop skills , also through literature, in providing care to clients in critical condition undergoing invasive mechanical ventilation; theoretical application; development of in-service training and the creation of a Communication Board; contributing to the prevention of infections associated with health care; improving the quality of care through a teaching program; creating informative boards and the beginning of a research study on the correct hand hygiene.

Referring to the module I - emergency service, developed at Hospital da Luz - AMP, between the 21st of November 2011 and the 27th of January 2012, were drawn the following goals: "To develop knowledge and skills in providing to critical costumer /family care, medium and high risk, by the use of theoretical and technical knowledge through bibliographic research; as well as taking action to raise awareness amongst nursing staff on the theme "Burnout in Emergency Nurses ", through literature review and in-service training.



AGRADECIMENTOS

À minha esposa, obrigada pelo seu amor incondicional,
e um sentido pedido de desculpa pelas longas horas de ausência.

À Professora Manuela Madureira pela
motivação, apoio e disponibilidade.

A todos, que direta ou indiretamente colaboraram
neste percurso, os mais sinceros agradecimentos.



ABREVIATURAS

enf.^a – Enfermeira

enf.^o – Enfermeiro

prof.^a – Professora

prof.^o – Professor

n.^o – número

Dr. – Doutor

SIGLAS

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

EPI'S – Equipamento de Proteção Individual

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

EMC – Especialista Médico-Cirúrgica

UCP/ICS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

AMP – Atendimento Médico Permanente

DGS – Direção Geral de Saúde

ACRÓNIMOS

CIPE – classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

VMER – Viatura Medica de Emergência e Reanimação

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCICRE – Unidade de Cuidados Cirúrgicos Especiais



ÍNDICE

	f.
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1 – <u>MÓDULO III – OPCIONAL</u>	14
2 – <u>MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</u>	20
2.1 – OBJETIVOS E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES.....	21
3 – <u>MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA</u>	32
3.1 – OBJETIVOS E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES.....	34
4 – <u>CONCLUSÃO</u>	40
5 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	42
APÊNDICES	47
APÊNDICE I - Acção de sensibilização “Ventilação Mecânica Invasiva – Cuidados de Enfermagem ao Cliente Ventilado”.....	49
APÊNDICE II - Quadro auxiliar de Comunicação.....	59
APÊNDICE III - Acção de sensibilização: “Precauções de Isolamento e Vias de Transmissão”.....	63
APÊNDICE IV - “ Poster - EPI’S ”.....	73
APÊNDICE V - Poster para os visitantes: “Todos juntos Ajudamos o seu Familiar”.....	77
APÊNDICE VI - Dados da CCIH.....	81
APÊNDICE VII - Apresentação do estudo: “Verificar a aplicação dos princípios estabelecidos para a correta da lavagem higiénica das mãos”.....	85
APÊNDICE VIII - Acção de formação: “Burnout em enfermeiros da Urgência”... Urgência”.....	89
APÊNDICE IX - Revisão bibliográfica: “Burnout em enfermeiros da Urgência”.....	93
APÊNDICE X - Questionário de autoconhecimento – Burnout.....	105
APÊNDICE XI - Avaliação da acção de formação “Burnout em enfermeiros da Urgência”.....	109



0 – INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado de Natureza Profissional com Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa não só o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem ao cliente adulto e idoso com doença grave mas também o desenvolvimento de competências em valências específicas para a assistência ao cliente em estado crítico de médio e alto risco.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer o enfermeiro quer as pessoas – clientes dos cuidados de enfermagem – possuem um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiências que lhe permitem compreender e respeitar os outros, numa perspetiva multicultural, procurando abster-se de fazer juízos de valores relativamente à pessoa/cliente.

Como resultado, a componente prática assume um desígnio fundamental na globalidade da formação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o que implica uma adequada relação teórico-prática e a sua consequente aplicabilidade na prestação de cuidados ao cliente crítico de médio e alto risco: “é da formação que decorre um corpo de profissionais qualificados para o exercício” (NUNES 2003, p. 37).

De acordo com o plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, elaboro o presente relatório com o intuito de avaliar e analisar o meu percurso na Unidade Curricular Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste documento darei visibilidade ao meu processo de aprendizagem e às competências adquiridas em contextos diferentes e alargados, relacionados com a área de especialização.



Os estágios não só cumprem uma exigência curricular como permitem aos formandos a consolidação de competências específicas com a consequente melhoria dos padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. A escolha dos campos de estágio surgiu pela possibilidade de aprendizagem que os peritos, nas diferentes áreas, poderiam facultar de forma a atingir os objetivos e as competências de especialista.

A Unidade Curricular Estágio foi desenvolvida em três módulos diferentes, determinados pelo plano de estudos:

- Módulo I – Serviço de Urgência, realizado no Serviço de Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz, no período de 25 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012, com uma carga horária de 180 horas.
- Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, realizado na UCICRE do Hospital Dr. Fernando da Fonseca, no período de 27 de abril a 24 de junho de 2011, com uma carga horária de 180 horas.
- Módulo III – Opcional, em que o formando poderia optar, em função do seu projeto profissional, por uma das seguintes áreas: Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Enfermagem Geriátrica, Enfermagem no Perioperatório e Controlo da Infecção Hospitalar.

Assim, escolha dos locais de estágio baseou-se no conhecimento prévio de cada instituição, atendendo às oportunidades de aprendizagem que oferecem.

A escolha do Serviço de Urgência do AMP, teve como matriz de referência a oportunidade de estagiar num hospital privado que prima pela inovação tecnológica, com capacidade de resposta a todas as especialidades médicas e cirúrgicas, proporcionando-me a possibilidade de aprofundar a minha formação técnica e científica, para o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada prestando cuidados diferenciados ao cliente com doença grave ou em estado crítico.



A preferência pela UCICRE baseou-se na relação direta desta unidade com o serviço de cirurgia B onde exerço funções, visto ser frequente a transferência de clientes entre os dois serviços, sendo um potencial campo de aprendizagem, ao permitir importar conhecimento, possibilitando o desenvolvimento de competências relacionadas com o cliente de alto risco, com falência multiorgânica, tendo como perspetiva futura a melhoria dos cuidados prestados. Para além disso, o facto de ser a instituição onde exerço funções, facilitou-me o conhecimento da dinâmica e funcionamento da instituição.

Conforme previsto no artigo 45.º do Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março, e tendo em conta as competências desenvolvidas ao longo de sete anos de exercício profissional em contexto de Enfermagem Geriátrica, foi creditado o Módulo III pelo Conselho Científico da UCP-ICS, pelo que farei uma análise das competências creditadas.

O presente relatório surge como uma análise reflexiva onde exponho as minhas competências, mas também as minhas vulnerabilidades num contexto de autoavaliação e de tomada de consciência do caminho que percorri e dos desafios futuros; corresponde igualmente à última etapa de um processo que se inicia com a elaboração de um projeto. Desta forma, a sua construção obriga a uma avaliação criteriosa do trabalho realizado, em comparação com o trabalho previsto, desenvolvendo o sentido crítico e a capacidade de autoavaliação.

O relatório tem como objetivos:

- apresentar os objetivos, as atividades e as estratégias desenvolvidas ao longo dos estágios;
- analisar as atividades desenvolvidas face aos objetivos delineados;
- demonstrar capacidade de identificar problemas, desenvolver soluções e refletir sobre as ações realizadas;



- produzir uma avaliação crítica dos resultados alcançados e do meu desempenho;
- demonstrar as atividades mais relevantes e as competências adquiridas no módulo que foi creditado.

Este relatório foi elaborado através de uma metodologia descritiva e analítica que tem como base o projeto de estágio. Do ponto de vista estrutural, está dividido em três capítulos. O primeiro, que é constituído pela introdução, faz um enquadramento teórico do curso; nele defino os objetivos do relatório e justifico a sua estrutura. No segundo capítulo, de desenvolvimento, é primeiramente dada visibilidade às competências adquiridas que foram creditadas e, de seguida, são apresentados os locais de estágio, seguindo uma ordem cronológica, justificando a sua escolha e com a caracterização sumária de cada serviço. As atividades desenvolvidas são descritas tendo como matriz os objetivos propostos e referenciando os sentimentos vivenciados, o contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, as competências adquiridas e os contributos para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros desses locais. Por fim, no terceiro capítulo, a conclusão, efetuo uma análise crítica dos principais aspetos tratados, expressando as considerações finais, os contributos pessoais e profissionais e as dificuldades e limitações surgidas. A norma bibliográfica adotada neste relatório é a Norma Portuguesa 405.

Atendendo às “Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE” definidas pela Ordem dos Enfermeiros, encontramos-nos numa nova política editorial de documentos nacionais e estrangeiros, em prol da prática e desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem, pelo que, objetivando uma “linguagem unificada de Enfermagem, [...] o cliente define-se como sendo o sujeito ao qual um diagnóstico se refere e que é recetor de uma intervenção” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2009, p. 9), resultando na alteração da nomenclatura “doente” para “cliente”, sendo este o termo usado na referência de pessoa como alvo de cuidados de saúde.

Com a realização deste relatório, pretendo refletir sobre o meu desempenho de uma forma crítica, o que implica a consciência de que somos potenciais agentes de mudança;



assim, de uma forma clara e objetiva, descrevo e analiso as atividades desenvolvidas enquanto estudante/enfermeiro em formação especializada durante os diferentes ensinamentos clínicos. Os mesmos serão apresentados neste documento pela ordem em que foram efetivamente realizados.



1 – MÓDULO III – OPCIONAL

A 1 de setembro de 2003, iniciei a minha atividade profissional no Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca no serviço de Cirurgia B, acumulando, com a prestação de cuidados de enfermagem, as funções de chefia de equipa, desde 2005 até à presente data. Paralelamente, desde 2004 exerço funções numa residência de idosos em Oeiras, sendo responsável pela equipa de enfermagem. Ao longo dos anos de percurso profissional enquanto enfermeiro, foi-me possível cimentar a convicção de que exerço funções em duas áreas em que me sinto bastante realizado: a Enfermagem na especialidade Cirúrgica e a Enfermagem Geriátrica.

O meu percurso ao longo de sete anos em Enfermagem Geriátrica proporcionou-me momentos de aprendizagem com aquisição de novas capacidades e habilidades, permitindo o desenvolvimento de competências, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados diferenciados ao cliente idoso/família, supervisão de cuidados, tomada de decisão e atividades relacionadas com gestão e formação. Assim, passarei a analisar as competências creditadas referentes ao Módulo III, Enfermagem Geriátrica, ao nível das seguintes valências:

◆ Prestação de cuidados de enfermagem

Nos primeiros anos de profissão, a minha principal preocupação prendeu-se com o aprofundamento de conhecimentos na área de enfermagem geriátrica, onde investi na pesquisa bibliográfica e formação contínua, sendo a mais relevante o curso de Pós-Graduação em Geriatria, o qual, acima de tudo, salientou o facto de que os enfermeiros são profissionais de saúde com um papel prioritário no apoio ao idoso, independente ou não, e de que os enfermeiros são profissionais determinantes principalmente no processo de reabilitação, que fazem com que a assistência seja sistematizada e permitem que se identifiquem os problemas dos idosos de maneira individualizada, colocando



seus conhecimentos teórico-práticos no controlo do processo do envelhecimento. Na abordagem clínica do idoso, devem empregar-se técnicas adequadas que possam trazer informações detalhadas e precisas para oferecer um atendimento adequado a pessoas de idade avançada, pelo que é essencial um conhecimento do processo de envelhecimento e de toda a sua complexidade.

No ano de 2005, fui reconhecido pela direção da instituição como um prestador de cuidados com competência, autonomia e responsabilidade, que manteve um papel interventivo na orientação e supervisão de alunos e novos profissionais, tendo sido convidado para responsável da equipa de enfermagem, cargo que mantive até à presente data.

O desempenho das minhas funções na prestação de cuidados tem como linha orientadora a qualidade, sendo que as decisões são fundamentadas e baseadas na reflexão crítica e utilização de estratégias para resolução de problemas, com estabelecimento de prioridades para os cuidados de modo a ir ao encontro das necessidades manifestadas pelo cliente/família uma vez que “A enfermagem tem como compromisso e obrigação incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros [...] obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família parte integrante dos cuidados de enfermagem” (WRIGHT 2002, p. 13).

Os familiares dos clientes desta instituição têm uma presença quase diária, acompanhando as alterações clínicas que vão surgindo, e a presença médica só acontece duas vezes semanais; por isso, são os enfermeiros que vão respondendo às solicitações dos familiares. A transmissão de informação assume um papel importante na medida em que espelha a competência e qualidade dos cuidados prestados, sentida pela equipa multidisciplinar na confiança depositada pelos familiares no trabalho desenvolvido. Neste aspeto, consigo estabelecer uma comunicação eficaz, transmitindo a informação de forma correta e compreensível, respondendo apropriadamente às questões e solicitações dos clientes e seus familiares e utilizando uma comunicação e capacidades interpessoais adequadas.



As atividades supracitadas, permitiram-me desenvolver as competências delineadas para o curso da especialidade médico-cirúrgica, destacando as seguintes: demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada e relativamente ao cliente numa perspetiva profissional avançada; refletir na e sobre sua prática, de forma crítica; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização. (UCP 2010, p.4-5).

◆ Gestão de cuidados, recursos humanos e materiais

No desempenho das minhas funções, sou responsável pela coordenação e orientação de uma equipa de cinco enfermeiros e 20 auxiliares de lar; possibilito o desenvolvimento de competências nas áreas de gestão e supervisão de cuidados, liderança, integração e formação de novos elementos, e oriento a equipa de enfermagem e auxiliares de lar na resolução de problemas de maior dificuldade, zelando sobretudo pela qualidade dos cuidados prestados aos clientes e tentando ser um agente motivador.

Como atividades desenvolvidas nesta área, saliento:

⇒ elaboração da escala mensal da equipa de enfermagem;



- ⇒ supervisão, orientação e coordenação da equipa de enfermagem e auxiliares de lar na prestação de cuidados, de acordo com as necessidades do cliente e seus familiares;
- ⇒ responsabilidade pelo acolhimento de um novo cliente na instituição, realizando a planificação de cuidados (plano de cuidados de enfermagem) e a gestão de recursos materiais necessários à situação clínica, articulando com empresas a aquisição desse mesmo material (ex.: oxigenoterapia, camas articuladas, colchão antiescaras);
- ⇒ gestão do *stock* de material de consumo clínico, elaborando mensalmente o seu pedido aos fornecedores, sendo o material consumido debitado ao cliente, articulo com a equipa de enfermagem esse registo, no qual mensalmente envio essa informação à direção;
- ⇒ gestão de *stock* farmacológico individual de cada cliente, articulando com a farmácia os pedidos semanais de fármacos e elaborando mensalmente o registo de custos com a aquisição dos produtos pedidos à farmácia para débito;
- ⇒ elaboração de normas e procedimentos para a equipa de enfermagem e de auxiliares de lar;
- ⇒ integração de novos elementos quer na equipa de enfermagem quer na de auxiliares de lar;
- ⇒ articulação/encaminhamento com outras instituições aquando da transferência do cliente, fornecendo toda a informação com vista à continuidade da qualidade dos cuidados;
- ⇒ participação em reuniões quinzenais com o médico e direção da instituição para resolução de situações que se revelem necessárias.

As atividades acima descritas permitiram mobilizar as competências na área de enfermagem em apreço, das quais saliento: tomar decisões fundamentadas,



atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; colaborar na integração de novos profissionais; gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada; zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização; realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização; tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização. (UCP 2010, p. 4-5).



Formação em contexto de trabalho

O desenvolvimento pessoal e profissional é fundamental para a construção da identidade profissional e para se atingir a qualidade dos cuidados. Deste modo, é essencial o papel do enfermeiro especialista neste âmbito, onde se espera que contribua no crescimento profissional dos seus pares, levando à construção de uma equipa de enfermagem coesa, competente e em constante crescimento, direcionada para cuidados de qualidade, e de acordo com SÁ-CHAVES, quando diz que o “supervisor deve estar atento às necessidades formativas, às capacidades e competências profissionais do formando, de forma a adequar a sua intervenção, ajudando-o a progredir e a aceder a um saber, a um saber fazer e a um saber ser, necessários a uma intervenção contextualizada que só é possível através de um saber pensar consciente partilhado” (2000, p. 74).

Na residência de idosos, elaborei o levantamento de necessidades formativas da equipa de enfermagem e de auxiliares de lar, organizo as formações necessárias para dar



resposta a essas necessidades, promovo o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos das equipas e contribuo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Realizo a atividade de formador desde 2005, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências de comunicação para grupos, bem como para a aquisição/atualização de evidências científicas, o que se estende ao acompanhamento e orientação de enfermeiros mais novos; por este motivo, procuro, sempre que seja oportuno, promover a formação com o objetivo de fomentar competências.

Através de um protocolo estabelecido com uma universidade desde 2005, colaboro na orientação de alunos de licenciatura em enfermagem, no contexto do ensino clínico, Saúde no Idoso, referente ao 4.º ano do plano de estudos. Recebo anualmente dois grupos de 10 alunos, e este ensino tem uma carga horária de 350 horas; considero ser uma atividade enriquecedora, na medida em que o intercâmbio entre os profissionais e os estudantes de enfermagem conduz a uma dinâmica facilitadora do processo de ensino/aprendizagem que beneficia a qualidade dos cuidados prestados, permitindo uma constante reflexão sobre as práticas.

Relativamente às atividades acima mencionadas, poder-se-á destacar as seguintes competências relativas à especialidade médico-cirúrgica: promover a formação em serviço na sua área de especialização; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; promover a formação em serviço, colaborar na formação de novos profissionais; identificar as necessidades formativas na sua área de especialização; participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização. (UCP 2010, p. 4-5).



2 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este módulo foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Especiais do Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, instituição onde exerço funções desde 2003, no serviço de cirurgia B. A escolha desta unidade justifica-se pelo intercâmbio profissional permanente entre serviços, admitindo o cliente cirúrgico aquando da necessidade de acompanhamento médico permanente, e é um complemento à formação e experiência profissional na área médico-cirúrgica.

A Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais está localizada no 4.º piso do HFF Torre Sintra e é constituída por seis camas, duas das quais situadas em quartos de isolamento. A unidade admite clientes oriundos do bloco operatório. Recebe também, por vezes, clientes de toda a instituição hospitalar com patologia do foro pulmonar, infeccioso, metabólico e renal, por não haver vaga na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, sendo a insuficiência respiratória com necessidade de ventilação assistida a mais frequente.

A equipa, multidisciplinar, é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes operacionais e secretário de unidade. Já a de enfermagem é constituída pela enfermeira chefe de serviço e 18 elementos divididos em seis equipas de três enfermeiros, sendo um deles considerado o elemento de referência por assumir as funções de chefia de equipa. O método de trabalho utilizado na prestação de cuidados é o método individual; a atribuição dos clientes pelos enfermeiros é feita pelo chefe de equipa de acordo com o grau de desenvolvimento profissional. A equipa conta ainda, e em cada turno, com a colaboração de um assistente operacional.

No primeiro dia de estágio, teve lugar a apresentação da enfermeira com especialização em enfermagem médico-cirúrgica que teve a seu cargo a orientação deste ensino clínico. Em reunião informal com a mesma, juntamente com a enfermeira-chefe, apresentei os objetivos e recebi a concordância de ambas para a sua realização, pelo que



as atividades foram planeadas de forma a ir ao encontro da concretização dos objetivos e de acordo com as orientações da escola, com os meus interesses e com os recursos.

O estágio na UCICRE teve como objetivo geral desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao cliente em estado crítico e sua família, em contexto de cuidados intensivos, estabelecendo como objetivos específicos os seguintes:

- 1.º Objetivo – Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, e sua família;
- 2.º Objetivo – Adquirir/desenvolver competências na prestação de cuidados a clientes em estado crítico submetidos a ventilação mecânica invasiva;
- 3.º Objetivo – Contribuir para a prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, através da formação/sensibilização de enfermeiros e assistentes operacionais, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2.1 – OBJETIVOS E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES

- ☞ Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, e sua família.

A prestação de cuidados diretos ao cliente decorreu ao longo de todo o estágio, onde o processo de integração na equipa de saúde foi preponderante. De início, foi importante conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UCICRE. Desde logo, colaborei com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados, com o intuito de adquirir um conjunto de conhecimentos, técnicas e competências específicas deste domínio de cuidados ao cliente crítico, o que permitiu dirigir e adequar à minha realidade profissional uma resposta mais eficaz às necessidades da equipa e do cliente neste tipo de cuidados diferenciados.



O percurso de estágio foi um período de desenvolvimento de competências que se caracterizou pela procura permanente da excelência profissional, tal como consagra o Código Deontológico do Enfermeiro na alínea c) do n.º 3 do Artigo 78, assim como um dever específico expresso no Artigo 88 (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). O trabalho foi desenvolvido no sentido estipulado por DEODATO (2008, p. 28): o “enfermeiro deve emprestar a todos os atos de cuidar todas as suas competências pessoais e profissionais, fazendo da relação estabelecida com o cliente uma relação autêntica, verdadeira e de ajuda”, indo ao encontro do projeto de saúde que cada cliente define para si.

Consciente da importância de participar ativamente nas intervenções ao cliente crítico, prestei cuidados integrais em várias situações, nomeadamente: receção e acolhimento do cliente na unidade; cuidados ao cliente com necessidade de ventilação mecânica; cuidados ao cliente com diagnóstico de choque séptico; e cuidados ao cliente em situação de paragem cardiorrespiratória. Procurei junto da enfermeira orientadora ficar responsável por clientes cujas patologias permitissem desenvolver cuidados diversificados de forma a aumentar os conhecimentos.

Além disso, tentei que a prestação de cuidados fosse baseada na evidência, o que para isso contribuiu a pesquisa bibliográfica realizada, permitindo adequar os conhecimentos teóricos à prática profissional. Refleti sobre a mesma de forma crítica em conjunto com a enfermeira orientadora de estágio: este é um aspeto importante na aprendizagem, visto ser essencial questionarmos a nossa prática e visar sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A enfermeira orientadora considerou que demonstrei competência, autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados ao cliente crítico; segundo LE BOTERF (1994, p. 41): “as competências existem quando os indivíduos que recebem formação aplicam eficazmente, e com o conhecimento de causa, aquilo que eles aprenderam na formação numa situação de trabalho concreta”. A minha experiência com clientes cirúrgicos foi partilhada com a equipa de enfermagem e familiares, tendo debatido algumas temáticas e esclarecido algumas dúvidas, nomeadamente os cuidados ao estoma nos clientes colostomizados.



A família é igualmente parte integrante da prestação de cuidados, pelo que procurei compreender e satisfazer as suas necessidades, através do esclarecimento acerca dos cuidados de enfermagem, estando disponível de forma a facilitar a verbalização de todas as dúvidas e preocupações; tal como nos diz ANTUNES (2003, p. 32): “pois não é possível ajudar o doente sem ajudar a sua família, porque esta funciona como base fundamental para o equilíbrio emocional e afetivo do doente”. Estabelecer uma relação com a família e fazer dela um parceiro de cuidados contribuiu para o desenvolvimento de competências de comunicação e para a capacidade de demonstrar conhecimentos acerca de comportamentos adequados a diferentes situações; como reconhece MARTINS (2000, p. 135), “o papel da equipa de saúde é determinante. Envolver a família no cuidado ao cliente durante o internamento exige mudança de atitudes e sobretudo encarar a família também como recetora de cuidados”. A comunicação é indispensável, uma vez que é fundamental no processo de cuidar, essencial ao estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente e a família.

👉 Adquirir/desenvolver competências na prestação de cuidados a clientes em estado crítico submetidos a ventilação mecânica invasiva.

A elaboração deste objetivo resultou de uma necessidade sentida na prática profissional, devido ao facto de prestar pontualmente cuidados a clientes submetidos a ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intermédios do serviço de cirurgia B. As minhas dificuldades e dúvidas prendiam-se com as modalidades ventilatórias, prestação de cuidados específicos ao cliente ventilado e interpretação do desajuste do cliente ao ventilador quando este alarma, ainda que tenha investido, ao longo dos anos, em formação contínua e em pesquisa bibliográfica sobre a temática. Justifica-se assim o objetivo traçado, com vista à oportunidade de aprofundar conteúdos sobre ventilação mecânica invasiva e de desenvolver uma prática na prestação de cuidados diretos ao cliente. Durante o tempo de estágio, a grande maioria dos clientes esteve sob ventilação mecânica invasiva; prestei e colaborei nos cuidados, nomeadamente na intubação, programação de alarmes do ventilador, conexão do cliente



ao ventilador, realização de cuidados de enfermagem específicos ao cliente ventilado, desmame do ventilador e retirada do tubo endotraqueal.

De início, a grande dificuldade prendeu-se com a interpretação dos parâmetros ventilatórios, o que foi ultrapassado com a transmissão de conhecimentos esclarecedores pela enfermeira orientadora, no sentido da interpretação dos modos ventilatórios adaptados à situação clínica do cliente. Com o decorrer do estágio, essa dificuldade foi ultrapassada, tendo conseguido interpretar as modalidades do ventilador conforme a situação clínica do cliente e aperfeiçoar-me na prestação de cuidados, pelo que considero ter atingido o objetivo que propus. Com o aprofundar de conhecimentos nesta área, elaborei uma sessão de formação, supervisionada pela enfermeira orientadora, com o tema “Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória” (APÊNDICE I). Esta formação deverá ser realizada no serviço onde exerço funções, o qual é composto por uma equipa de enfermagem jovem com necessidade de formação nesta área; além disso, é frequente o internamento de clientes a necessitarem deste tipo de cuidados. Como chefe de equipa e futuro enfermeiro especialista, com o intuito de colmatar essa necessidade, delineei esta formação no sentido de partilha de conhecimento e experiências, com o objetivo de orientar a equipa de enfermagem na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente; tal como nos diz HESBEEN (2001, p. 67), “a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.”.

Decorrente da prática dentro desta temática, verifiquei que a comunicação com o cliente conectado a prótese ventilatória se processava através de um marcador e papel. Perante este facto, surgiu-me a questão de como comunicariam os clientes analfabetos, com destreza manual diminuída ou oriundos do estrangeiro. A comunicação é um instrumento básico em enfermagem, presente nas ações do enfermeiro, e permite estabelecer uma relação terapêutica com o cliente, o que a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002, p. 8) caracteriza como: “parceria estabelecida com o cliente, no



respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel [...] que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde”. A inquietação causada por esta problemática levou-me a promover uma reflexão conjunta com a enfermeira orientadora, pelo que propus a elaboração de um quadro de comunicação (APÊNDICE II), de modo a promover o diálogo do cliente com os profissionais e com os familiares. O quadro é composto por duas faces: uma delas, com frases curtas que transmitem necessidades básicas; e a outra, com o respetivo pictograma. Esta iniciativa foi bem rececionada por toda a equipa multidisciplinar, e a sua aplicabilidade foi verificada em diversas situações ao longo do estágio, permitindo ao cliente expressar as suas necessidades, as quais de outra forma não seriam percecionadas. Um exemplo dessa situação foi o caso de um cliente, consciente e conectado a prótese ventilatória, que nos indicou que tinha dores abdominais.

- ☞ Contribuir para a prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, através da formação/sensibilização de enfermeiros e assistentes operacionais, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Numa entrevista com a enfermeira chefe de serviço que antecedeu o início do estágio, foi sinalizada a crescente percentagem ao longo dos anos de clientes com IACS, definida pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS como uma “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS 2007, p. 4). É frequente o internamento na unidade de clientes infetados/colonizados com microrganismos, tendo um elevado risco de transmissão, realidade que pude constatar nos primeiros dias de estágio, uma vez que mais de 50% dos clientes internados tinham associado esse diagnóstico.

Através da observação direta, detetei não conformidades na aplicação das medidas preconizadas pelo controlo de infeção da instituição e pelas recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções, nomeadamente no uso dos equipamentos de proteção individual (EPI's), pelos enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, aquando da prestação de cuidados de saúde. De acordo com a OMS, “ a



cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas sofrem de infeções adquiridas no hospital. Estima-se que, nos países desenvolvidos, 5 a 10% dos doentes admitidos em hospitais de cuidados agudos vêm a adquirir uma infeção [...] em locais de elevado risco, como as unidades de cuidados intensivos, mais de um terço dos doentes pode ser afetado” (DGS 2009, p. 3). Segundo a DGS, em Portugal, no último inquérito nacional de prevalência (março, 2010), realizado em 97 hospitais, envolvendo 21 011 clientes, foram identificados 11,7% de clientes com IACS, com prevalência de 22,5% de clientes com infeção adquirida na comunidade. (DGS 2010, p. 3).

Perante o exposto, justifica-se plenamente a elaboração deste objetivo, pois, como futuro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com formação diferenciada, estarei mais desperto e mais crítico quanto à prestação de cuidados de qualidade e quanto à adoção/implementação de boas práticas dirigidas à prevenção e controlo da infeção hospitalar. Uma das competências do enfermeiro especialista é a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional, assumindo o papel de modelo e mentor entre pares e outros profissionais. Para isso, é fundamental a aquisição de competências na área da formação, de forma a poder contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, numa reunião informal, apresentei à enfermeira chefe de serviço e enfermeira orientadora algumas estratégias de sensibilização para a concretização do objetivo; obtive *feedback* positivo relativamente à sua relevância e autorização para a aplicação no serviço. Neste sentido, delineei a realização de uma ação de formação intitulada “Precauções de Isolamento e Vias de Transmissão” (APÊNDICE III) e que tinha como destinatários enfermeiros e assistentes operacionais, uma vez que são os profissionais que têm um maior número de intervenções junto do cliente, tornando-se os principais responsáveis pela prevenção das IACS; segundo COLLIÈRE (1999, p. 263), a formação “desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”.

Elaborei a ação de formação com base em pesquisa bibliográfica actual e repeti a apresentação em quatro sessões com a duração de 30 minutos, nas passagens de turno, o que permitiu que um maior número de participantes tivesse acesso à informação,



promovendo momentos de aprendizagem, esclarecimento de dúvidas e reflexão acerca dos cuidados de saúde prestados ao cliente. Guiei-me por aquilo que postulam MARTINS e FRANCO (2004, p. 9): “[o] enfermeiro especialista, pelos conhecimentos que possui, capacidades desenvolvidas e experiência adquirida deve posicionar-se como eficiente e eficaz agente de mudança [...] ao planejar o processo de formação deverá ter em conta as necessidades individuais dos elementos da equipa, as necessidades globais da unidade de cuidados, assim como as características da equipa na qual se desenvolve”. De forma a uma consulta rápida sempre que necessária, deixei a formação impressa em papel e em formato digital no ambiente de trabalho do computador da unidade. Durante as sessões, quer os enfermeiros quer os assistentes operacionais revelaram-se bastante intervenientes com as suas dúvidas, o que originou um espaço de partilha de experiências e de reflexão. Tal como nos diz o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2007, p. 35), “um clima de aprendizagem estabelece um palco para um ambiente de trabalho favorável e seguro incentivando os profissionais a melhorar a sua prática, os seus conhecimentos, aptidões e juízos”.

Como forma de reforçar esta ação de formação, elaborei um *placard* destinado aos profissionais de saúde da unidade (APÊNDICE IV), onde, de acordo com o microrganismo, a sua localização e vias de transmissão, são referenciados os EPI’S adequados a usar, na tentativa de sensibilizar a equipa para um uso correto e apropriado, juntamente com as necessidades de informação; esse *placard* foi afixado na parede, junto ao balcão de trabalho da equipa de enfermagem. Esta ação foi ao encontro do objetivo traçado, uma vez que serviu de instrumento de consulta para esclarecimento de dúvidas acerca dos corretos EPI’S a usar, utilizado tanto pela equipa de enfermagem como pela equipa de assistentes operacionais, que reforçaram a pertinência do trabalho desenvolvido com afirmações como: “Bem, agora não restam dúvidas sobre o material a usar”; “Afinal não era preciso ter gasto aquele material todo...”; “Finalmente algum consenso; assim um não diz uma coisa e o outro diz outra”. A realização destas atividades promoveu uma sensibilização e uma mudança de atitude nos profissionais e conduziu a uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente.



Outra das competências que esta iniciativa ajudou a alcançar foi na área da gestão de material, já que permitiu adequar os EPI'S a cada situação, otimizando a sua correta utilização e consequentemente promovendo a diminuição do centro de custos do serviço.

As bases do controlo de infeção assentam em precauções simples, bem estruturadas e eficazes, e englobam princípios obrigatórios a aplicar na prestação de cuidados a todos os clientes hospitalizados, independentemente do seu diagnóstico, de forma a diminuir o risco tanto de clientes como de profissionais; a higienização das mãos está no cerne das precauções básicas e é indiscutivelmente a medida mais isolada no controlo de infeção, tal como nos refere a DGS (2010, p. 2): “A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. [...]. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos.” No decorrer do estágio, pude verificar por observação direta que muitos dos familiares entram na UCICRE sem proceder à lavagem das mãos, contactando inclusive com outros clientes em simultâneo, pelo que percebi que havia a necessidade de alertar para esta problemática, de modo a evitar a incidência de infeções. Neste âmbito, a DGS (2010, p. 23) recomenda: “o doente e seus familiares/pessoas significativas também devem ser integrados e instruídos de forma a compreender o seu papel como parceiros na segurança do doente”.

A necessidade de alerta muitas vezes não se prende com a falta de comunicação por parte dos profissionais, mas sim com o facto, que pude constatar, de que os familiares entram muitas vezes sem questionarem o profissional, ou não respeitando as indicações dadas. Por este motivo, propus a elaboração de um poster dirigido aos familiares/visitas com algumas indicações de procedimentos simples a realizar antes de entrar na unidade (APÊNDICE V). Recolhi a concordância da enfermeira orientadora e da enfermeira chefe quanto à utilidade da informação exposta, afixada na entrada da sala de espera.

O enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”, assim como de “atender com responsabilidade e cuidado



todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” [artigo 84.º, alinha a) e c) do CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO]. Nesta medida, esta estratégia tinha como objetivo a sensibilização das visitas sobre a importância do cumprimento da higienização das mãos, assim como a orientação na sua aplicação correta. A iniciativa foi bastante elogiada pela equipa multidisciplinar, pela facilidade de leitura, assim como pela pertinência da informação, e uma vez que despertava o interesse das visitas pelo impacto visual. Além disso, sempre que possível, abordei o tema junto das mesmas e expliquei a necessidade de uma correta higienização, visando a diminuição do risco de infeção, já que, tal como refere MARTINS (2000, p.29), “a transmissão de infeções pelas mãos representa uma transmissão ‘silenciosa’, e a prevenção depende da correta higienização das mãos antes e após a assistência ao cliente”. Pude constatar que esta ação promoveu uma mudança de comportamento por parte das visitas, levando a comentários: “Enfermeiro, já lavei a mãos como diz o cartaz. Posso entrar?”; “Nunca pensei que as mãos trouxessem tantos bichos!”; “Tens de lavar as mãos antes de saíres!”.

Numa reunião informal com a enfermeira-chefe, tomei conhecimento da realização de um estudo no serviço feito em 2008 por dois enfermeiros da UCICRE, sobre a aplicação correta da higienização das mãos pela equipa multidisciplinar. Da leitura desse estudo, salienta-se a conclusão, onde se refere que o resultado foi uma fraca adesão à execução da técnica; o não cumprimento deste procedimento foi apontado pela enfermeira-chefe como um dos fatores para o número crescente de infeções na unidade, salientando que seria pertinente obter dados atuais, de forma a monitorizar o cumprimento das normas de lavagem das mãos nos cuidados de saúde prestados pelos profissionais. A proposta foi debatida com a Prof.^a Madureira, tutora do estágio, que me motivou para a realização de um trabalho de pesquisa com objetivos de continuidade e em articulação com os colegas de curso que realizaram o seu estágio na UCICRE e CCIH, pois possibilitaria desenvolver competências na área da investigação, as quais estão previstas nas funções de enfermeiro especialista, tendo como objetivos a monitorização do cumprimento das normas de lavagem das mãos e a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.



Apresentei a proposta aos colegas de especialidade Jorge Fernandes, a estagiar no mesmo período na CCIH, e Susana Freitas, que estagiaria posteriormente na UCICRE, motivando a sua participação no estudo. O desafio foi aceite por ambos, pelo que se procedeu à planificação de atividades ao longo dos períodos de estágio. Na primeira fase, juntamente com o colega a estagiar na CCIH, foram analisados dados relativos aos números de novas infeções após 72 horas de internamento, nos anos de 2008, 2009 e 2010, de modo a reforçar a pertinência deste estudo. Aquando da sessão de formação “Precauções de Isolamento e Vias de Transmissão”, apresentei os dados aos profissionais (APÊNDICE VI), com o objetivo de sensibilizar para a problemática, dado o número significativo e crescente de novas infeções na unidade, e comuniquei também a realização do estudo com o tema “Verificar a aplicação das normas estabelecidas pela CCIH, pela equipa multidisciplinar, acerca da lavagem higiénica das mãos” (APÊNDICE VII), informando que a colheita de dados seria feita pela colega enfermeira Susana Freitas no último período de estágio. Era nosso propósito realizar a apresentação dos dados e conclusões do estudo à equipa multidisciplinar antes da finalização deste relatório; contudo, com a alteração da chefia de enfermagem do serviço não foi possível fazê-lo, e o nosso intuito passou a ser fazê-lo o mais brevemente possível, assim como, no seguimento disso, pedir autorização para a sua apresentação fora do contexto hospitalar.

Ao realizar esta atividade, desenvolvi competências relacionadas com a área de investigação, relativamente às implicações da prática baseada na evidência, uma vez que a enfermagem só conseguirá a sua afirmação no mundo científico através da investigação e aplicação da metodologia científica, tal como afirma NUNES (2003, p. 348): “é indiscutível a importância da investigação no desenvolvimento da enfermagem, devido aos contributos que fornece para o reconhecimento e valorização da profissão”. Pode então considerar-se primordial o desempenho do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, dada a sua formação diferenciada, o que consequentemente o torna mais crítico e desperto na avaliação da prestação de cuidados de qualidade e na sua implementação e aperfeiçoamento, no sentido da prevenção e controlo da infeção hospitalar.



Considero que atingi o objetivo delineado: o conjunto das atividades realizadas levou a uma sensibilização, reflexão e mudança de comportamento relativamente às IACS, promovendo a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cliente e indo ao encontro da justificação da necessidade de profissionais com formação diferenciada, o que leva a um melhor nível de resultados nos serviços prestados com base no conhecimento científico que advém da investigação e aplicação da metodologia científica.



3 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Relativamente ao Módulo I, no âmbito do Serviço de Urgência, propus inicialmente a sua realização na minha instituição, o Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, por pretender conhecer melhor o percurso do cliente e ter uma perceção dos cuidados prestados antes de este ser encaminhado para a unidade onde trabalho. Entre outras vantagens, conhecia a filosofia da organização e os profissionais de saúde, além de poder conciliar melhor os horários; todavia, o estágio não foi possível, por não existir enfermeiro especialista no serviço de urgência no momento do pedido. Não posso deixar de concordar com esta filosofia organizacional, tendo compreendido que um estágio no âmbito de uma especialidade não pode ser visto como um estágio de licenciatura.

O serviço de urgência é, para a maioria dos clientes, a porta de entrada do hospital. A ele recorrem diariamente centenas de pessoas em situações de sofrimento, quer físico, quer psicológico, e esperam dos profissionais de saúde, e dos enfermeiros em particular, uma atenção e um cuidado que estão muito além da cura associada aos sintomas de carácter orgânico, tal como referem TORRES e REIS “o utente quando recorre ao SU, espera ser atendido com a máxima prontidão, que lhe prestem cuidados, que lhe preservem a vida, isto num clima calmo, seguro e de grande competência técnico-científica e humana” (2002, p. 29).

Nos serviços de urgência, são prestados cuidados a indivíduos em situação de doença aguda ou em situação de agudização de uma doença crónica; por estas razões, a equipa de urgência deve estar preparada para situações tanto previstas como inesperadas que possam surgir, para as quais é esperada uma resposta pronta e eficaz. É esta capacidade de resposta e a qualidade com que é executada que transmitem ao cliente a imagem de maior ou de menor confiança que deposita no serviço e nos seus profissionais; tal como nos diz FRAGATA (2008, p. 18), a qualidade pode definir-se pelo “encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes [...] é a gestão do desejável encontro entre o



nível dos serviços e as expectativas geradas”. Assim, cabe aos enfermeiros, pelo seu mandato social, expresso nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, prestar estes mesmos cuidados na procura permanente da excelência e tentar alcançar os mais elevados níveis de satisfação dos seus clientes, fundamentando o seu agir em princípios éticos e deontológicos. Assim, “o compromisso assumido perante os outros caracteriza-se na prestação de cuidados de enfermagem, num agir fundamentado pela ética, orientado pela deontologia e no respeito pelo direito vigente” (DEODATO 2008, p. 27).

O Módulo I decorreu no período de 25 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012, no AMP do Hospital da Luz. Trata-se de uma Instituição Privada de Saúde, pertencente ao Grupo Espírito Santo Saúde, e conta com várias valências médico-cirúrgicas e assistência a todas as etapas do ciclo de vida da pessoa (da criança ao idoso).

A escolha do local de estágio teve como base a inovação e diferenciação tecnológica, o rigor profissional e científico, assim como o respeito pela dignidade dos clientes e familiares que esta instituição proporciona. Também se teve em conta o facto de se tratar de um hospital privado, pelo que poderia desta forma contactar com novas políticas de gestão de recursos.

Na esfera da enfermagem, o AMP é composto por seis equipas, num total de 48 enfermeiros, contando com a enfermeira chefe de serviço. Como valências constituintes do serviço, encontram-se: Sala de Reanimação com duas camas e com capacidade de monitorização invasiva e não invasiva; duas Salas de Tratamentos; Sala de Pequena Cirurgia; Sala de Observação (SO) com seis camas, cada uma com possibilidade de monitorização contínua não invasiva, com apoio de Carro de Urgência para técnicas de Suporte Imediato e suporte Avançado de Vida; Gabinete de Triagem; e três salas de espera para clientes.

O desempenho das organizações depende da contribuição das pessoas que a compõem, e, tal como em todas as organizações, os profissionais do AMP são



imprescindíveis para o funcionamento do serviço, sendo este dinamizado por uma equipa multidisciplinar, compreendida por administrativos, assistentes operacionais, enfermeiros e médicos, que, em conjunto, aspiram a oferecer o melhor a cada cliente que ao AMP recorre; todas as categorias profissionais acima apontadas estão presentes 24 horas por dia, todos os dias do ano, assegurando a permanência através de horários rotativos.

O estágio no AMP teve como objetivo geral desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao cliente em estado crítico e sua família, em contexto de serviço de urgência, estabelecendo como objetivos específicos os seguintes:

1.º Objetivo – Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados ao cliente crítico de médio e alto risco/família.

2.º Objetivo – Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através de uma ação de formação/sensibilização à equipa de enfermagem: “*Burnout* nos enfermeiros de Urgência”.

3.1 – OBJETIVOS E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES

O módulo de estágio desenvolvido no AMP teve a orientação de uma enfermeira que, embora não sendo especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pela sua vasta experiência e compreensão intuitiva de cada problemática, é considerada, pelo enfermeiro-chefe, como perita na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência/emergência, o que vai ao encontro do preconizado por BENNER (2001, p. 58) quando diz que a enfermeira perita “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”. No início do estágio, apresentei à enfermeira orientadora os objetivos que me propus, assim como as estratégias



delineadas para os atingir, depois de definir o contributo de cada um para a melhoria de cuidados e para o meu desenvolvimento profissional.

☞ Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados ao cliente crítico de médio e alto risco/família.

Inicialmente foi importante conhecer o serviço e passar por todas as valências para vivenciar as diferentes realidades em cada setor e também do circuito que o cliente faz desde a sua admissão na triagem até ter alta ou ser encaminhado para outro serviço. O conhecimento das rotinas, modos de atuação e organização do serviço foi um ponto importante para conseguir integrar-me na equipa de enfermagem e prestar cuidados individualizados e de qualidade. Contudo, apesar de ter passado por todas as valências (triagem, sala de tratamento, sala de pequena cirurgia, SO), estive a maior parte do tempo no SO, local onde se encontravam os clientes em situação mais crítica, cujas necessidades passam essencialmente pela estabilização hemodinâmica. Neste sentido, prestei cuidados de enfermagem aos clientes internados no SO, com patologia aguda ou crónica agudizada, não tendo sentido especial dificuldade devido à experiência profissional que tenho na área do cliente crítico de médio e alto risco, pois trabalho há oito anos numa Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, onde recebo clientes com patologias de médio e alto risco, em fase aguda e com instabilidade hemodinâmica.

O AMP é um serviço que está vocacionado especialmente para a avaliação e tratamento de situações de urgência/emergência e não atende clientes sujeitos a assistência pré-hospitalar efetuada pela VMER. As patologias mais frequentes nos clientes a que prestei cuidados foram agudas, entre as quais destaco: dor abdominal, enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, fibrilação auricular, bem como patologias crónicas agudizadas, entre as quais insuficiência cardíaca, respiratória e renal e patologia do foro ortopédico.

O serviço de urgência é, sem dúvida, o local onde a atuação do enfermeiro tem de ser, em paralelo com a restante equipa multidisciplinar, rápida e efetiva, de forma a garantir segurança e qualidade dos cuidados prestados; além disso, devido à



complexidade das situações, o cliente/família necessita de apoio e conforto, sendo evidente a necessidade permanente de informação, já que a pessoa, quando se encontra numa situação de doença/dependência, necessita de alguém com conhecimentos que consiga dar resposta às suas necessidades. Considerando informação como um “conjunto de conhecimentos transmitidos ao cliente, tendo em conta as suas necessidades bio-psico-sociais que lhe permitem ter conhecimento da sua situação de saúde e dos tratamentos a que se vai submeter” (NUNES e PALMA, 1982), a sua transmissão poderá influenciar o estado do cliente perante o processo de doença, daí a importância da disponibilidade dos enfermeiros em receber e escutar a pessoa em crise, de forma a criar um vínculo, e em estabelecer contacto com os familiares e pessoas significativas. Na interação com o cliente/família procurei colher informações, identificar problemas e necessidades, avaliar e reavaliar a situação, estabelecendo uma relação de proximidade e de confiança de forma a adequar as minhas estratégias de intervenção.

A equipa de enfermagem é constituída por uma grande diversidade de enfermeiros, e há um número significativo de enfermeiros recém-formados e com poucos anos de profissão, pelo que estive atento às suas necessidades e adequiei a minha intervenção no sentido de incutir um espírito crítico. Aliei a minha experiência de oito anos de profissão ao esclarecimento de dúvidas em relação à terapêutica e a formas de administração, ao esclarecimento de diagnóstico e às repercussões no estado clínico do cliente, à reflexão sobre técnicas e procedimentos adequados aos cuidados de enfermagem, tudo isto no sentido de desenvolver e promover a aprendizagem e conduzir a uma melhoria da qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem prestados ao cliente. Este processo de supervisão foi realizado ao longo de todo o período de estágio; segundo ABREU (2007, p. 131), “[a] supervisão clínica é um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e seguranças dos utentes e o aumento da satisfação profissional”.



A gestão de material foi outro campo em que incidiu a minha ação. Realizei com o apoio da orientadora de estágio, e depois de uma forma autónoma, a verificação da funcionalidade dos equipamentos, garantindo a sua eficácia quando solicitado; em concreto: conformidade do material constituinte no carro de reanimação do SO e sala de reanimação, teste do desfibrilhador dos carros de urgência, calibragem da máquina de gasimetria, verificação/reposição dos níveis de fármacos da sala de tratamentos, teste do ventilador da sala de reanimação. Sendo uma função do chefe de equipa do AMP em cada turno, esta ação foi realizada ao longo de todo o estágio.

A reflexão conjunta com a enfermeira orientadora de estágio sobre a prática de enfermagem foi uma constante; muitas vezes após a prestação de cuidados dos clientes, fez-se a análise da prática de cuidados prestados, sendo este um dos aspetos que mais me motivaram, pois considero ser essencial questionarmos a nossa prática e visar sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Com a equipa de enfermagem, pude participar ativamente nos momentos de passagem de turno com partilha de experiências e sugestões de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

☞ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através de uma ação de formação/sensibilização à equipa de enfermagem: “*Burnout* nos enfermeiros de Urgência”.

Antes de mais, refira-se que a equipa de enfermagem é composta por 65% dos elementos em regime de 20 horas, realizando no AMP o duplo horário. No percurso do estágio pude constatar, através da observação e conversas informais, que existe um sentimento de perda de energia, entusiasmo e até frustração na equipa de enfermagem. Saliento as seguintes afirmações: “Estou tão cansada”; “Sinto-me diferente no trabalho, antigamente não era assim”; “Estou farta disto tudo”; “Fazendo duplo horário, só vivo para trabalhar, ando de rastos”. Como refere CAMACHO (1997, p. 182), “os enfermeiros de urgência são confrontados diariamente com situações de stress, angustia e sujeitos a uma pressão elevada e consequente resposta imediata, [...] assim como o



facto de que o enfermeiro é a pessoa a quem o cliente frequentemente recorre para as mais diversas perguntas e solicitações e a quem passa as suas angústias e preocupações, o que predispõe os enfermeiros a uma maior vulnerabilidade”.

Numa reunião com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio sobre a pertinência da realização de uma ação de sensibilização sobre a temática “*Burnout* nos enfermeiros de Urgência”, ambas se mostraram recetivas ao tema e disseram que há algum tempo notavam a equipa desmotivada, pelo que elogiaram a minha iniciativa. Justifica-se a elaboração deste objetivo pelo facto de promover a discussão desta temática e enumerar estratégias preventivas, levando o enfermeiro a realizar uma reflexão do seu estado físico/psíquico e em que medida isso interfere na qualidade dos cuidados prestados; como concluiu QUEIRÓS (2005, p. 155), “[u]m em cada quatro enfermeiros apresentam *Burnout* no trabalho, e os enfermeiros que exerciam funções em urgência geral, apresentavam níveis de exaustão emocional e físicos mais elevados [...] por integrar na sua prática diária uma filosofia humanística e uma visão holística do cuidar”.

Como estratégia inicial, pensei em programar uma ação de formação; porém, fui aconselhado pela enfermeira orientadora a não prosseguir com a mesma, dada a experiência de fraca adesão da equipa quando solicitada para isso: como justificação, referiu que quase todos os elementos trabalham em duplo horário. Por isso, foi decidido, em conjunto com a enfermeira-chefe e a enfermeira orientadora, que o momento da passagem de turno seria o ideal para se proceder à apresentação da temática, uma vez que os enfermeiros não necessitavam de se deslocar propositadamente ao hospital, o que seria uma condicionante para a sua presença. Desta forma, realizei seis sessões com o tema “*Burnout* nos enfermeiros de Urgência” (APÊNDICE VIII), com o objetivo de promover uma ação de sensibilização ao máximo de elementos possível. O método utilizado foi o expositivo e participativo, tendo cada sessão a duração de 15 minutos, onde estiveram presentes 75% dos enfermeiros do serviço. Para a elaboração das sessões, realizei uma revisão bibliográfica e cedi ao serviço um trabalho escrito (APÊNDICE IX) para futura consulta da equipa, colmatando assim o pouco tempo disponível de apresentação.



A ação foi pensada para ser um momento de discussão e de partilha, de modo que todos pudessem contribuir e expressar a sua opinião, seguindo a linha de pensamento de COLLIÈRE (1989, p. 154), que afirma que “os serviços são lugares de expressão da prática profissional e onde se pode mobilizar e ajustar os conhecimentos, sendo possível aliar a reflexão à ação”. No decorrer da pesquisa bibliográfica, desenvolvi um questionário de autoconhecimento com a respetiva tabela de pontuação final (APÊNDICE X), sendo entregue no final das sessões a cada enfermeiro, com o objetivo de, após o seu preenchimento e avaliação, promover uma introspeção.

Considero que a forma como dinamizei a ação de sensibilização permitiu captar o interesse e a atenção dos participantes, assim como a partilha de opiniões e experiências, favorecendo o seu sucesso. Prova disso foram os vários elogios recebidos por parte dos enfermeiros presentes, que valorizaram a pertinência da mesma; é de salientar que, após a sessão, três dos enfermeiros mostraram-se desde logo interessados em saber mais sobre a temática e pediram a consulta do trabalho elaborado no sentido de aprofundar mais conhecimentos, pelo facto de se identificarem com o conteúdo exposto. Além das palavras expressas, a avaliação da formação (APÊNDICE XI) foi elucidativa da satisfação dos participantes.

As primeiras semanas de estágio foram momentos de grande ansiedade. A informatização de grande parte de normas e procedimentos referentes aos cuidados de enfermagem, a não autorização por parte da instituição no que refere à fixação de *placards* nas paredes, a fraca adesão dos profissionais relativamente às formações em serviço, o facto de a equipa de enfermagem ser constituída por 65% dos elementos em regime de 20 horas de trabalho (muitas das vezes acumulando turnos e tornando assim o seu contato com o serviço pouco frequente), a qualidade da organização e gestão do serviço, todos estes foram fatores de grande inquietação inicial no que refere à elaboração dos objetivos. Numa reunião com a Prof.^a Madureira, tutora do estágio, transmiti a minha preocupação, após o que esta prontamente me ajudou a ultrapassar o obstáculo, orientando o meu percurso de aprendizagem.



4 – CONCLUSÃO

Ao terminar este relatório, que traduz o término de todo um percurso de aprendizagens, reflexões e aquisição de competências, considero ter atingido os objetivos que me propus e que o plano de estudos delineou. Este relatório permitiu a descrição das atividades desenvolvidas durante a unidade curricular estágio, bem como uma análise crítica e fundamentada a aspetos importantes para a prática de enfermagem e ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista. A competência significa “saber mobilizar”, ou seja, pôr em prática um conjunto de saberes e recursos oriundos de diferentes áreas, adaptando-as a novas situações; tal como nos diz BENNER (2001, p. 61), “a teoria oferece o que pode ser explicado, mas a prática é sempre mais complexa, e apresenta muito mais realidades do que se pode aprender na teoria.”. Na consecução de cada atividade, identifiquei as necessidades e realizei um diagnóstico de situação, planificação, intervenção e processo de avaliação. Todo este processo exigiu uma fundamentação científica e uma reflexão acerca da experiência profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Desenvolvi metodologias eficazes de trabalho e motivei a equipa para a participação e implementação das atividades, proporcionando momentos de aprendizagem. As competências técnicas foram aprofundadas pela especificidade que cada contexto de cuidados apresentava; salientem-se igualmente as capacidades de integrar e trabalhar em equipa e de integrar e aplicar conhecimentos em situações complexas de cuidados, assegurando a qualidade e o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Sinalizei-me como um agente de mudança nos serviços onde estagiei, pois promovi a troca de experiências, investigação e formação, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O percurso iniciado com a componente teórica, aliado à vertente prática, passando pela pesquisa bibliográfica, o portefólio e as reflexões elaboradas, o contributo das reuniões formais e informais com as enfermeiras orientadoras e a professora tutora do



estágio, foram, sem dúvida, pilares para o desenvolvimento de competências com vista à qualidade dos cuidados em enfermagem e ao enaltecimento do conceito de enfermeiro especialista preconizado pela ORDEM DOS ENFERMEIROS: “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Gostaria de mencionar toda a estrutura curricular e o plano de estudos que constituem este curso ministrado pela UCP/ICS e que primam pela qualidade de formação oferecida ao estudante, munindo-o de recursos para atingir as competências de um enfermeiro especialista, não só na teoria mas essencialmente na prática. Deixaria ainda como sugestão o repensar do Hospital da Luz – AMP como local de estágio de urgência. Por um lado, este hospital oferece toda a qualidade de uma instituição privada em termos de recursos físicos e tecnologia; por outro, apresenta como limitação para um estágio de serviço de urgência o diagnóstico do cliente que recorre a este serviço, já que o facto de ser uma instituição privada, apresenta uma acessibilidade limitada às urgências apenas a determinados clientes, o que diminui a frequência de situações urgentes/emergentes.

Considero que este percurso académico teve repercussões ao nível profissional, pois me tornou um profissional mais reflexivo, capaz de mobilizar fontes de informação científica, técnica e relacional, e permitiu que fosse um elemento de referência no seio da equipa de enfermagem por desenvolver uma abordagem holística quanto à situação da pessoa.



5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson C. – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: Formasau, 2007, 295 p. ISBN 978-972-8485-87-0.
- ANTUNES, Paula Coelho – “O doente, a família e a equipa de saúde face à doença”. **Acontece em Enfermagem.** Lisboa. ISSN 1645-1805. Ano III, n.º 6 (2.º semestre de 2003), pp. 31-34.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001, 294 p. ISBN 972-8535-97-x.
- CAMACHO, Miguel – “Stress e Burnout em Urgência, O Stress nos Profissionais de Enfermagem. Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Funchal”. **Revista Servir** – Vol. N.º 45 – N.º 4, 1997, pp. 181-193. ISSN 0871/2370.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO incluso no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.
- COLLIÈRE, M. F. – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p. ISBN 972-95420-0-7.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de Qualidade. Instrumento de Informação e Acção.** 2007, 95 p. ISBN 92-9500-80-5.
- DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade.** Coimbra: Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0.



- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Manual para os observadores um guia para a observação da prática da higiene das mãos nas Unidades de Saúde portuguesas. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associados aos Cuidados de Saúde.** Lisboa. 2009. 37 p.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** Lisboa, junho 2010. 42 p. 20 p. [Consultado a 20 de fevereiro de 2012] Disponível em:
<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.** Lisboa, Março 2010. 16p. [Consultado a 20 de fevereiro de 2012] Disponível em:
<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade.** Coimbra: Almedina, 2008. 327 p. ISBN 978-972-40-2347-2.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência, 2001. 230 p. ISBN 972-8383-20-7.
- LE BOTERF, G. – “Modelos de Aprendizagem em Alternância na Comunidade: Cinco desafios a enfrentar”. **Revista Formar.** Lisboa. N.º 10 (fevereiro, março, abril de 1994), pp. 40-46. ISSN 9872-4989.



- MARTINS, Catarina e FRANCO, M.^a Paula – **O papel formativo do enfermeiro especialista**. Nursing, Lisboa (Outubro 2004), pp. 6-12. ISSN 0871-6196.
- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar Epidemiologia, Prevenção, Controle** – 2.^a edição, Rio de Janeiro, 2000: Editora Medica e Científica, Ltda., ISBN 85-7199-256-8.
- MARTINS, Catarina Rute E. A. – **A família e a hospitalização/A participação da família no cuidar. Servir**. Lisboa. Vol. 48, n.º 3 (maio/junho 2000), pp. 133-135. ISSN 0871-2-370.
- NUNES, Lucília – **Um Olhar sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003. 375 p. ISBN 972-8383-30-4.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 22 p. ISBN: 978-989-96021-6-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002. 16 p.
- QUEIRÓS, P. J. P. – **Burnout, no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses**. 1.^a ed. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2005. 300 p. ISBN 972-8485-47-6.
- SÁ-CHAVES, Idália – **Formação, conhecimento e supervisão: contributos na área da formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000. 198 p. ISBN 972-789-011-3.
- TORRES, madalena; REIS, Beatriz – **O papel do Enfermeiro na Triage dos Utentes no Serviço de Urgência**. Coimbra: Revista Sinais Vitais, (janeiro 2002), 29-32 p. ISSN 0872-8844.



- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (UCP) – **Guia de estágio. Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde / Escola Superior Politécnica de Saúde, 2010.
- WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen – **Enfermeiras e Famílias: Um guia para Avaliação e Intervenção na Família** – 3.^a ed. São Paulo: Editora Roca, 2002. 328 p. ISBN 85-7241-346-4.



APÊNDICES



APÊNDICE – I

Acção de sensibilização

“Ventilação Mecânica Invasiva – Cuidados de
Enfermagem ao Cliente Ventilado”

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória



Enf^o Nuno Pereira

Objectivos

Que no final da sessão os formandos saibam:

- ☺ Identificar os diferentes tipos de ventilação
- ☺ Conhecer as complicações associadas à ventilação mecânica prolongada
- ☺ Nomear os principais cuidados de enfermagem diferenciados ao doente conectado a PV

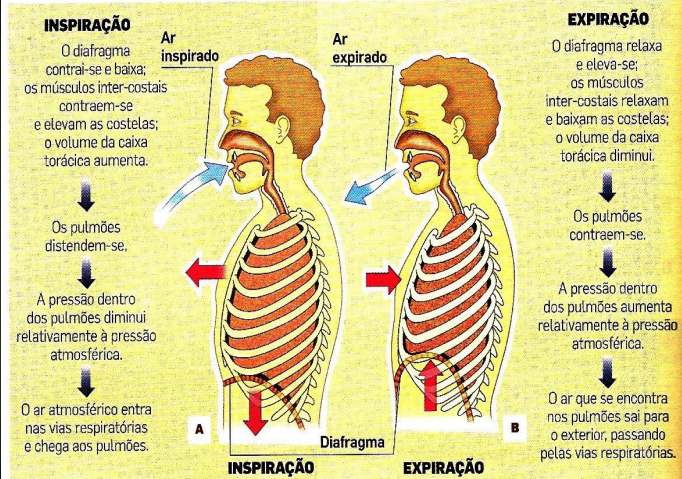
Conteúdos

- ◆ Breve introdução à fisiologia respiratória
- ◆ Diferentes modalidades de ventilação mecânica
- ◆ Complicações associadas à VMI
- ◆ Cuidados de enfermagem ao doente conectado a PV

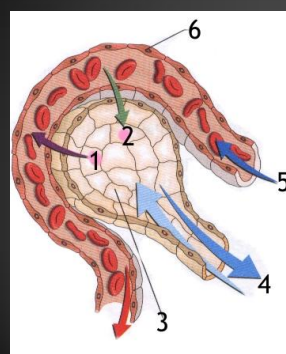
Sistema Respiratório

É o sistema responsável por assegurar o aporte de oxigénio a todo o organismo através da realização de uma função vital

A Respiração



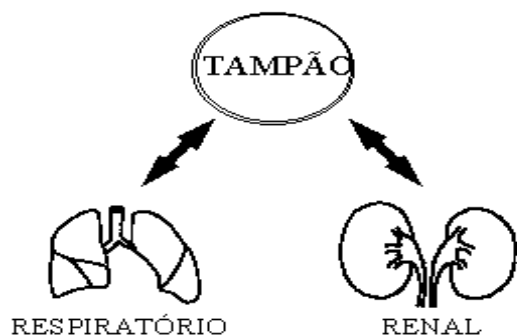
Hematose Pulmonar



- 1 – Oxigénio
- 2 – Dióxido de carbono
- 3 – Alvéolo pulmonar
- 4 – Ar
- 5 – Sangue
- 6 – Capilar sanguíneo

Equilíbrio ácido-base

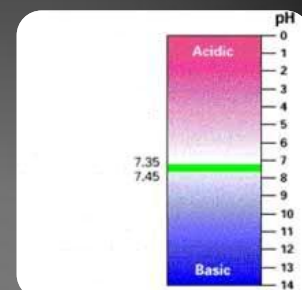
MECANISMOS REGULADORES DO pH



Avaliação Laboratorial do Sangue Arterial

Valores normais:

pH	7,35-7,45
pO ₂	75-100 mmHg
pCO ₂	35-45 mmHg
HCO ₃	22-26 mEq/l
Sat O ₂	95-99%
EB	-2,5 a +2,5



Avaliação Laboratorial do Sangue Arterial

pH – Mede o equilíbrio químico do corpo e representa uma razão entre ácido e base;

É indicador do estado metabólico e respiratório do indivíduo;

< 7,35 indica um estado ácido;

> 7,45 indica um estado alcalino;

Trata-se de um estado de equilíbrio delicado deve ser mantido num intervalo estreito, ligeiramente alcalino.

Avaliação Laboratorial do Sangue Arterial

pO₂ – Mede a pressão exercida pela quantidade de O₂ dissolvido no plasma;
Avalia a capacidade dos pulmões oxigenarem o sangue, através da membrana alveolar;

pCO₂ – Mede a pressão ou tensão exercida por CO₂ dissolvido no sangue e é proporcional à pressão parcial de CO₂ no ar alveolar;

Avaliação Laboratorial do Sangue Arterial

HCO₃ – No plasma mais de 95% do conteúdo total de CO₂ é fornecido pelo Bicarbonato que é regulado pelos rins;

SaO₂ – Razão entre o conteúdo real de O₂ da Hg em comparação com a sua potencial capacidade de transporte;

EB – Excesso/défice base;

Positivo indica excesso base e negativo indica défice de base;

Avaliação de distúrbios ácido-base não respiratórios;

Capacidades e volumes respiratórios

Volume Corrente (VC)

Volume Residual

Volume de Reserva Inspiratória

Volume de Reserva Expiratória

Capacidade Residual Funcional

Capacidade Vital

Capacidades e volumes respiratórios

Capacidade Pulmonar Total.

O Volume por Minuto (VE)

Espaço Morto Anatômico

Espaço Morto Fisiológico

Espaço Morto Alveolar

Ventilação Mecânica Invasiva

www.medicinaintensiva.com.br - uti 1948



Ventilação Mecânica Invasiva



- www.medicinaintensiva.com.br -
Pulmão de Aço



Ventilação Mecânica Invasiva

É A APLICAÇÃO POR MODO INVASIVO DE UM EQUIPAMENTO (VENTILADOR) QUE SUBSTITUI TOTAL OU PARCIALMENTE A ATIVIDADE VENTILATÓRIA ESPONTÂNEA.

O OBJETIVO PRINCIPAL DA VENTILAÇÃO MECÂNICA É A DIMINUIÇÃO DO TRABALHO RESPIRATÓRIO

Ciclo respiratório da VMI

1ª Fase inspiratória

2ª Mudança da fase inspiratória para expiratória.

3ª Fase expiratória

4ª Mudança da fase expiratória para a inspiratória

Modalidades Ventilatórias

Volume controlado

- Em que o volume corrente e a frequência respiratória são predefinidas, sem qualquer possibilidade de interferência por parte do utente.
- O ventilador inicia a inspiração seguinte após um tempo estipulado a partir do ajuste da frequência respiratória

Modalidades Ventilatórias

Pressão controlada

- * Em que são pré-determinadas uma frequência e pressão limitada em cada ciclo respiratório.

Modalidades Ventilatórias

Pressão Assistida

- Nesta modalidade, o ventilador assiste cada esforço inspiratório espontâneo de modo a manter uma pressão pré-determinada na fase inspiratória.
- O volume corrente é dependente da pressão predefinida, do número de esforços ventilatórios do utente e da compliance pulmonar.

Modalidades Ventilatórias

SIMV

- Alterna ventilação mecânica com respiração espontânea do doente.
- Mantém actividade da musculatura respiratória sem exaustão.
- Método para iniciar desmame ventilatório, favorece o re-treino da musculatura.

Interpretação dos alarmes

Pressão nas Vias Aéreas/Origem no Utente:

- Presença de secreções ou tosse
- Doente desadaptado
- Patologia (pneumotórax hipertensivo)
- Obstrução do tubo

Pressão nas Vias Aéreas/Origem no Equipamento

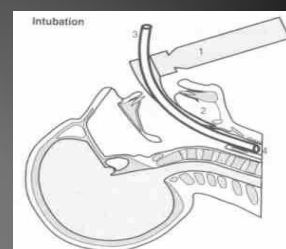
- Montagem deficiente
- Posicionamento incorrecto das traqueias
- Excesso de água nas traqueias (verificar condensadores)

Traumatismo Traqueal

Provocado pela compressão da sonda traqueal ou tubo endotraqueal com cuff de alta pressão.

Prevenção:

Sondas e cânulas de traqueostomia de baixa pressão, ou quando não for possível, desinsuflar periodicamente o cuff.



Atelectasias

Provocadas por ventilação desadequada, por pneumotórax, por retenção de secreções ou combinação destas causas.

Prevenção:

- ▶ Mudança de posição, mantendo alinhamento corporal, cabeça 30
- ▶ Toilete brônquica adequada, precedida de ambú;
- ▶ PEEP de 5 cm H₂O.

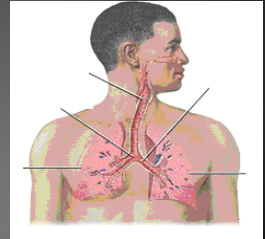


Infecção Respiratória

Provocada pela contaminação da prótese ventilatória, pela diminuição das defesas naturais ou por más condições de assépsia.

Prevenção:

- ▶ Toilete brônquica com assépsia;
- ▶ Cinesiterapia respiratória;
- ▶ Mudança de filtros dentro do prazo.

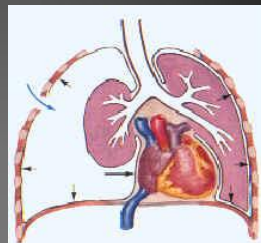


Barotraumatismo

Provocado, em geral, por elevação da pressão e volume, ou durante a utilização do PEEP. Toma a forma de pneumotórax, enfisema subcutâneo ou enfisema mediastínico.

Prevenção:

- ▶ Evitar altas pressões em doentes com alto risco (DPCO, enfisematosos)

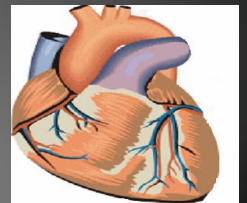


Instabilidade Cardiovascular

Provocada pela pressão intratorácica positiva, que reduz o retorno venoso ao "coração direito" e comprime a circulação pulmonar.

Prevenção:

- ▶ Manter PO₂ superior ou igual a 70 mmHg;
- ▶ Reduzir o tempo de inspiração;
- ▶ Manter uma adequada volémia.

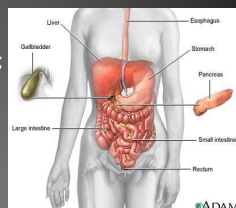


Gastrointestinais

Provocadas pelo stress ou ar deglutido, podem surgir hemorragia gastrointestinal, íleos paralítico ou úlcera de stress.

Prevenção:

- ▶ Pressão positiva superior a 5 cm de H₂O;
- ▶ Diminuir o stress psicológico do doente;
- ▶ Uso de protectores gástricos;
- ▶ Entubação nasogástrica prévia.



Toxicidade do Oxigénio

Provocada pelas altas concentrações de O₂ (> 60%), administrado durante um prolongado período (8 ou mais horas).

Prevenção:

- ▶ Manter adequada higiene pulmonar;
- ▶ Evitar altas concentrações de O₂
- ▶ Utilização eventual de PEEP.

Desequilíbrio Hidroelectrolítico e Ácido-Base

Provocado por um balanço hídrico positivo, originado pela secreção de ADH e pela diminuição das perdas insensíveis pelo aparelho respiratório.

Prevenção:

- ▶ Vigilância do pH, gases do sangue e electrólitos;
- ▶ Observação constante do cliente para compensação do BH;

Cuidados de Enfermagem no Funcionamento dos Ventiladores

- Aparelho montado e testado
- Verificar as rampas de ar e O₂
- Verificar aspirador (sondas de aspiração com calibre de metade do diâmetro do tubo endotraqueal)
- Verificar instalação eléctrica
- Manter pronto ambú que se adapte ao tubo endotraqueal
- Providenciar material e equipamento de monitorização
- Preparar e ter pronto material de entubação endotraqueal
- Ter carro de urgência em posição de fácil acesso

Cuidados de Enfermagem no Funcionamento dos Ventiladores

- Explicar a técnica e o porquê, informando sobre a voz
- Verificar o posicionamento do tubo endotraqueal
- Fixar correcta e firmemente o tubo endotraqueal
- Verificar a pressão de insuflação do "cuff"
- Ligar o ventilador, fixando os parâmetros e alarmes
- Conectar o cliente ao ventilador
- Reverificar os alarmes

O cliente fica então sob observação rigorosa

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Objectivos:

1. Melhorar a função respiratória dte
2. Obter/manter a estabilidade hemodinâmica
3. Ajuste do ventilador e sincronia com o cliente
4. Promover um desmame do:
 - Ventilador/TET e do O₂

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Gerais:

1. Higiene geral/oral (Pele/Inf. oportunistas)
2. Equilíbrio hídrico rigoroso (BH + = edema intersticial / ↓ trocas gasosas)
3. Alimentação (desnutrição)

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Gerais:

Integridade cutânea

Perda de massa muscular / atrofia

4. Posicionamentos
5. Mobilizações

Desajustes cardiovasculares/
respiratórios

Alterações Renais/
intestinais

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Gerais:

6. Assegurar adequados períodos de sono e repouso
7. Monitorização da FRenal (Deb. Urinário/h)

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Gerais:

8. Monitorização de alterações intestinais:
 - Obstipação
 - Hemorragias (ulceras de stress)
 - Sangue oculto nas fezes
 - Distensão abdominal (compressão diafragmática)

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Específicos:

1. Verificar posicionamento do TET (AP e simetria)
2. Verificar pressão de Cuff distal (mínima)
3. Verificar conexões e perigo desconexão acidental
4. Promover G. Arterial até 30min após EOT / alterações de parâmetros / periodicamente

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Específicos:

5. 2/2h ↑ VC (com S. Waters – atelectasias)
6. Aspiração (sempre que necessário):
 - Pré oxigenar O₂ 100%
 - Pressão aspiração (90 – 150mmHg)
 - Sondas aspiração com 1/2 Ø do TET
 - Secreções humidificadas (SF)
 - Descanso entre 2 aspirações

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Específicos:

7. Verificar periodicamente pressão das VA (sugere):
 - Secreções
 - Obstrução da VA
 - Edema pulmonar
 - Broncoespasmo
 - Pneumotórax, etc...
 - Desconexão

Cuidados de enfermagem ao cliente conectado a prótese ventilatória

Específicos:

8. Colheitas expectoração periódicas
9. Manter comunicação:
 - Caneta e papel
 - Códigos pré estabelecidos
 - Retomará fala após Extubação

Desmame e Desconexão do Ventilador

Com Pressão Assistida

-Aplicação de pressão positiva nas vias aéreas
-- O cliente controla o fluxo e os tempos de inspiração e expiração
-- Vai-se reduzindo a pressão gradualmente

Por SIMV

- Método mais escolhido
- Redução contínua da frequência respiratória mandatória
- Permite ao doente respirar com o seu próprio volume corrente e frequência
- Tem como vantagem uma maior tolerância hemodinâmica em insuficientes cardíacos

Desmame e Desconexão do Ventilador

Clássico

Avaliação dos valores vitais
Desconectar durante 5 a 10 minutos
Reavaliar
Deixar descansar durante a noite
Vigiar sinais que aconselhem a interrupção do desmame

Tubo em T

Actualmente em desuso

Tubo endotraqueal conectado com uma peça em T a uma fonte de gás humidificado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel edições técnicas, Lda. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1999. ISBN: 972-757-109-3.

FORTIN, Marie Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1996. ISBN 972-8383-10-X.

HESS, Dean R; KACMAREK, Robert M. – **Essentials of Mechanical Ventilation**. 2ª edição. USA : McGraw-Hill. 2002. ISBN 0-07-135229-5.

JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança: (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2004.
ISBN: 972-8383-79-7.

THELAN, Lynne A. [e tal] – **Enfermagem em Cuidados Intensivos**. 2ª edição, Lisboa: Lusodidata, 1994. ISBN 972-96610-2-2.

ZUÑIGA, Quênia Gonçalves Pinheiro – **Ventilação Mecânica Básica: para Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
ISBN85-7379-573-5.



APÊNDICE – II

Quadro auxiliar de Comunicação

TENHO FALTA DE AR	TENHO FRIO	TENHO CALOR	QUERO MUDAR DE POSIÇÃO
TENHO FOME	TENHO SEDE	DÓI-ME O CORAÇÃO	QUERO LENÇOS DE PAPEL
TENHO COMICHÃO	TENHO URINA	TENHO FEZES	DÓI-ME A CABEÇA
DÓI-ME AS COSTAS	DÓI-ME OS BRAÇOS	DÓI-ME A BARRIGA	DÓI-ME AS PERNAS





APÊNDICE - III

Ação de sensibilização

“Precauções de Isolamento e Vias de Transmissão”

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

Destinatários: Enfermeiros e Assistentes Operacionais da UCICRE do HFF

Elaborado por: Nuno Pereira

Orientado por: Enf.^a M^a Áurea Tobio

TEMAS A ABORDAR

- ☞ Cadeia Epidemiológica
- ☞ Precauções Básicas
- ☞ Precauções Dependentes da Via de Transmissão

OBJECTIVOS DA SESSÃO

- ☞ Identificar os elos que constituem a cadeia epidemiológica;
- ☞ Enumerar as principais precauções básicas na prevenção e controlo de infeção;
- ☞ Conhecer as precauções dependentes da via de transmissão;
- ☞ Colocar e remover correctamente o equipamento de protecção individual (EPI).

CADEIA EPIDEMIOLÓGICA

Agente (fungos, bactérias, vírus, parasitas)

Via de Transmissão

Hospedeiro/
Cliente

CADEIA EPIDEMIOLÓGICA (Cont)

Vias de Transmissão:

- ☼ Transmissão por Contacto (Directo ou indirecto)
- ☼ Transmissão por Gotículas
- ☼ Transmissão Aérea



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

ISOLAMENTO - Estabelecimento de barreiras físicas, de níveis variáveis de modo a reduzir a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para outro, pode ser PROTECTOR ou de CONTENÇÃO.

- ➡ De um Cliente para Outro
- ➡ De Clientes para os Prestadores de cuidados
- ➡ Dos Prestadores de cuidados para os Clientes

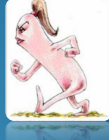


É DA RESPONSABILIDADE DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE INFECCÃO!!

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO (CONT)

Objectivos das Medidas de Prevenção e Controle da Infecção:

- ➔ Identificar , controlar e eliminar fontes de transmissão;
- ➔ Impedir a transmissão entre clientes;
- ➔ Bloquear a passagem de colonização a infecção;
- ➔ Proteger/modificar a susceptibilidade do cliente à Infecção.



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO (Cont)

- ☀ PRECAUÇÕES BÁSICAS
- ☀ PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

1. Higienização das mãos
2. Uso racional de Equipamento de Protecção individual (EPI)
3. Higiene Respiratória
4. Gestão correcta da colocação dos clientes
5. Manuseamento e Processamento do Equipamento
6. Controlo Ambiental
7. Manuseamento de têxteis e roupa
8. Prevenção de acidentes com corte perfurantes
9. Ensino aos Clientes e Visitantes

PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- ✓ Após contacto com material potencialmente infectado
- ✓ Manuseamento de sangue, excreções , fluidos corporais
- ✓ Uso de instalações sanitárias
- ✓ Antes e após as refeições
- ✓ Entre contactos com os clientes
- ✓ Entre procedimentos com o mesmo cliente
- ✓ Após retirar luvas



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Lavar as mãos com sabão líquido, (pH neutro para a pele)



Usar solução alcoólica com anti-séptico sempre que as mãos não tiverem contacto com matéria orgânica ou não estiverem visivelmente sujas

PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

2. Uso racional de Equipamento de Protecção individual (EPI)

☞ LUVAS:

- Manipulação de sangue, líquidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não íntegra e objectos contaminados;
- Remover as luvas imediatamente após o uso;
- Utilizar técnica “no touch”;
- Mudar entre procedimentos mesmo no mesmo cliente.



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

2. Uso racional de Equipamento de Protecção individual (EPI)

Máscara ou Respirador/Protecção de olhos e face:

Indicada em procedimentos que haja a probabilidade de:

- salpicos ou "aerossóis"
- sangue ou fluidos corporais;
- secreções ou excreções.



As máscaras e respiradores devem ser seleccionadas de acordo com:

- Agente Infeccioso;
- Tipo de patologia;
- Eficácia necessária de filtragem das partículas.

PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

2. Uso racional de Equipamento de Protecção individual (EPI)

BATA:

- Indicada em procedimentos que haja a probabilidade de:

- salpicos ou "aerossóis"
- sangue ou fluidos corporais
- secreções ou excreções

- Cuidados de higiene

- Actos cirúrgicos ou outros procedimentos invasivos que envolvam assepsia



AVENTAL: cuidados de higiene, lavagem manual de material, limpeza, etc....



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

3. Higiene Respiratória

Educação dos Profissionais Clientes e Visitantes

- Lavagem das mãos após contacto com secreções respiratórias
- Manter-se a 90cm de distancia de pessoas com infecções respiratórias



Colocação de sinais de alerta para Profissionais, Clientes e Visitantes

PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

4. Gerir Correctamente a Colocação dos Clientes

Deve ser gerida de acordo com:

- Tipo de infecção (cadeia epidemiológica)
- Patologias
- Vias de transmissão previstas



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

5. Manuseamento e Processamento do Equipamento

- ⇒ Estabelecer regras para armazenar, transportar e manipular materiais que possam estar contaminados;
- ⇒ Proceder a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais adequadamente;
- ⇒ Utilizar os EPI indicados na limpeza e desinfecção dos materiais.



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

6. Controlo Ambiental

- × Higienização do ambiente
 - Limpeza e desinfecção do meio
 - Triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares
 - Higiene e segurança alimentar
 - Transporte de clientes e materiais
- × Remoção de derrames e salpicos de sangue ou outra matéria
- × Visitas
- × Prevenção de acidentes por picada/ corte



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

7. Manuseamento de Têxteis e Roupas

- Manusear com o mínimo de agitação para evitar contaminar o ar e pessoas;
- Garantir que sejam mantidas e utilizadas de forma correcta.



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

8. Prevenção de Acidentes com Corto perfurantes

- Manusear corto perfurantes com extremo cuidado
- Divulgação de medidas de protecção
- Implementação de protocolo pós exposição



PRECAUÇÕES BÁSICAS (Cont)

9. Ensino aos Clientes e Visitantes

Ensinar a minimizar o risco de infecção através de:

- Higiene das mãos
- Uso de barreiras protectoras
- Cuidados inerentes ao tipo de isolamento
- Evitar contacto com outros clientes
- Restrições de visitas, etc.



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

VIA AÉREA



GOTÍCULAS



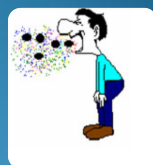
CONTACTO



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (cont)

VIA AÉREA

- Infecção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas pequenas de dimensão ($5 \mu m$), transportados pelo ar e que podem percorrer longas distâncias.



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (cont)

VIA AÉREA (cont)



Localização do Cliente:

- Quarto individual sempre com porta fechada
- Sistema de ventilação com Pressão Negativa

- Máscara facial (capacidade de filtragem 95% das partículas)



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

(cont)

VIA AÉREA

(cont)



Educação do Cliente/Família:

Cliente

- Higienização respiratória / uso de lenços ao tossir
- Higiene das mãos após tossir
- Colocação de máscara ao sair do quarto

Família

- Colocar máscara antes de entrar no quarto
- Higienização das mãos antes e depois de sair do quarto
- Restrição do número de visitas e abertura da porta do quarto

PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

(CONT)

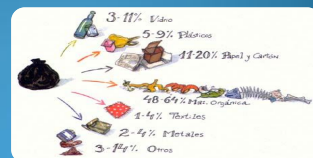
VIA AÉREA

(cont)



Resíduos:

- Todos colocados em saco branco (tipo III)
- Sacos fechados e contentorizados antes de sair do quarto



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

(CONT)

VIA AÉREA

(cont)



Descontaminação:

- Material de limpeza individual para cada quarto
- Superfícies descontaminadas com - solução de 1% de cloro livre (deve ser dada especial atenção aos manípulos da porta e janelas)
- Paredes descontaminadas até 2/3 da altura
- Deixar actuar o desinfetante durante cerca de 10 minutos e passar depois com água limpa
- O quarto encerrado, com porta fechada e janela aberta durante 24 horas.



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

(CONT)

VIA AÉREA

(cont)



Transporte do cliente:

Só quando Indispensável



Máscara de Alta Eficiência (de filtração bacteriana)



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

(CONT)

GOTÍCULAS

- A transmissão por gotículas envolve o contacto das as mucosas do nariz ou boca, ou da conjuntiva ocular, com partículas de dimensão > 5 µm, contendo microrganismos oriundos de um doente infectado ou portador desse microrganismo.

- Podem ser geradas por:
 - Tosse/Espirros
 - Procedimentos de risco geradores de aerossóis



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO

(CONT)

GOTÍCULAS

(cont)



Localização do Cliente:

- ✓ Quarto individual ou Isolamento por coorte (com outros clientes que tenham infecção activa com o mesmo microrganismo, mas nenhuma outra infecção)
- ✓ Caso não seja possível, separação espacial com a distância de pelo menos um metro, entre clientes e visitas (uso de cortinas separadoras)
- ✓ Porta pode permanecer aberta
- Sem medidas especiais de tratamento do ar e ventilação

PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

GOTÍCULAS

(cont)



Máscara Facial e Protecção Ocular:

- ✓ Máscara com viseira, óculos ou escudo em procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções
- ✓ Quando se prestam cuidados a menos de um metro do cliente



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

GOTÍCULAS

(cont)



Transporte do Cliente:

Só quando Indispensável



Colocação de máscara cirúrgica



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

GOTÍCULAS

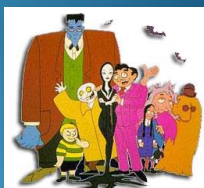
(cont)



Educação do Cliente/ Família:



Sensibilização para o uso das medidas de protecção



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO



Clientes com suspeita ou confirmação de estarem infectados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente importantes que possam ser transmitidos por:



Contato Directo

(contacto mãos com mãos)



Contato Indirecto

(contacto das mãos com superfícies ou utensílios do ambiente do cliente)



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

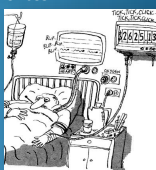
CONTACTO

(cont)



Localização do Cliente:

- ✓ Quarto individual ou local isolado da enfermaria com distancia aproximada de 150cm entre o centro das camas dos outros clientes
- ✓ Isolamento por coorte
- ✓ Materiais clínicos e não clínicos individualizados
- Sem medidas especiais de tratamento do ar e ventilação



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO

(cont)



Uso de Luvas e Lavagem das Mãos:

- ✓ Calçar luvas limpas à entrada do quarto e retiradas antes de sair
- ✓ Lavar as mãos após retirar as luvas
- ✓ Não tocar em objectos contaminados após lavagem das mãos
- ✓ Trocar de luvas após contacto com material que possa conter grande concentração de microrganismos



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO

(cont)



Uso de Bata ou Avental:

- ✓ Bata limpa ou avental antes de entrar no quarto se se prevê um contacto próximo com o cliente com superfícies do meio ou objectos contaminados
- ✓ Retirar antes de sair do quarto

Higiene do Cliente:

- ✓ Avaliar a necessidade de usar sabão anti-séptico
 - Bactérias Multirresistentes



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO

(cont)



Educação do Cliente/ Família:

- ✓ Restringir o número de visitas
- ✓ Higiene das mãos (lavagem e uso de SABA)
- ✓ Não partilhar objectos pessoais
- ✓ Sempre que possível manter a porta fechada



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO

(cont)



Resíduos:

- ✓ Devem ser colocados nos dispositivos de recolha junto ao cliente

Descontaminação:

- ✓ Individualização dos materiais não críticos (caso não seja possível lavar com água e sabão e desinfetados com álcool a 70 graus)
- ✓ Material de limpeza individualizado



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO

(cont)



Transporte do Cliente:

- Limitado ao estritamente necessário
- Tapar feridas durante o transporte
- Cobrir o cliente com roupa limpa
- Informar os intervenientes no transporte das medidas necessárias
- Descontaminação das superfícies com solução de 1% de cloro livre
- Retirar toda a roupa que foi utilizada pelo cliente



PRECAUÇÕES DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO (CONT)

CONTACTO

(cont)



Dispositivos Médicos:

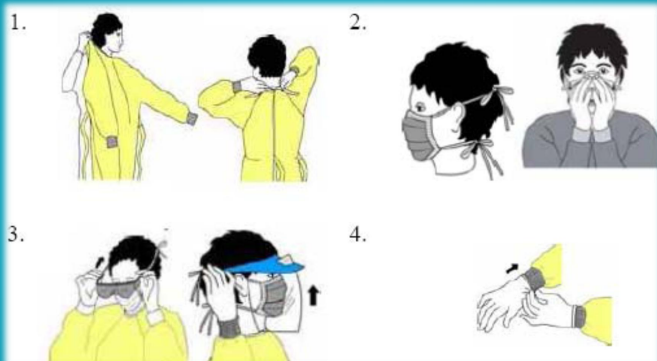
Equipar o quarto com material não crítico, individualizado não crítico, individualizado:

- Arrastadeira/urinol
- Termómetro
- Bacia de higiene
- Estetoscópio
- Esfigmomanómetro;



COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DO EPI

Colocação do EPI



Remoção do EPI



Referências Bibliográficas

1. Manual de Boas Práticas DSP da ARS Algarve IP – Precauções de Isolamento, Janeiro 2008;
2. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Recomendações para as Precauções de Isolamento/Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.











APÊNDICE – IV

“ POSTER - EPI’S ”

ESTÁ NAS NOSSAS MÃOS...

...SELECIONAR OS EPI'S ADEQUADOS!

EPI MICROORGANISMOS	PRODUTO ISOLADO								5 DIAS 	VIAS DE TRANS-MISSÃO
MRSA	Urina	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	CONTACTO
	Sangue	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	CONTACTO
	Secreções	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	VIA AÉREA
	Ferida	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	CONTACTO
Acinetobacter	Urina	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	CONTACTO
	Sangue	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	CONTACTO
	Secreções	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	VIA AÉREA
	Ferida	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	CONTACTO
Klebsiella ESBL	Urina	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
	Sangue	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
	Secreções	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	-	VIA AÉREA
	Ferida	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
Enterococcus	Urina	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
	Sangue	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
	Secreções	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	-	VIA AÉREA
	Ferida	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
Escherichia coli ESBL	Urina	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
	Sangue	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO
	Secreções	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	-	VIA AÉREA
	Ferida	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	CONTACTO



APÊNDICE – V

Poster para os visitantes

“Todos juntos Ajudamos o seu Familiar”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

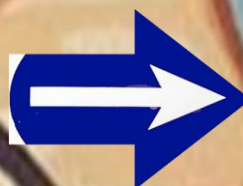


Seja Bem -Vindo

Todos Juntos Ajudamos o seu Familiar

Seguindo estas Indicações

Não preciso
deles...Obrigado



**⚠ Aguardar
na Sala de
Espera**

**⚠ Evitar
Contacto com
outros
Doentes**

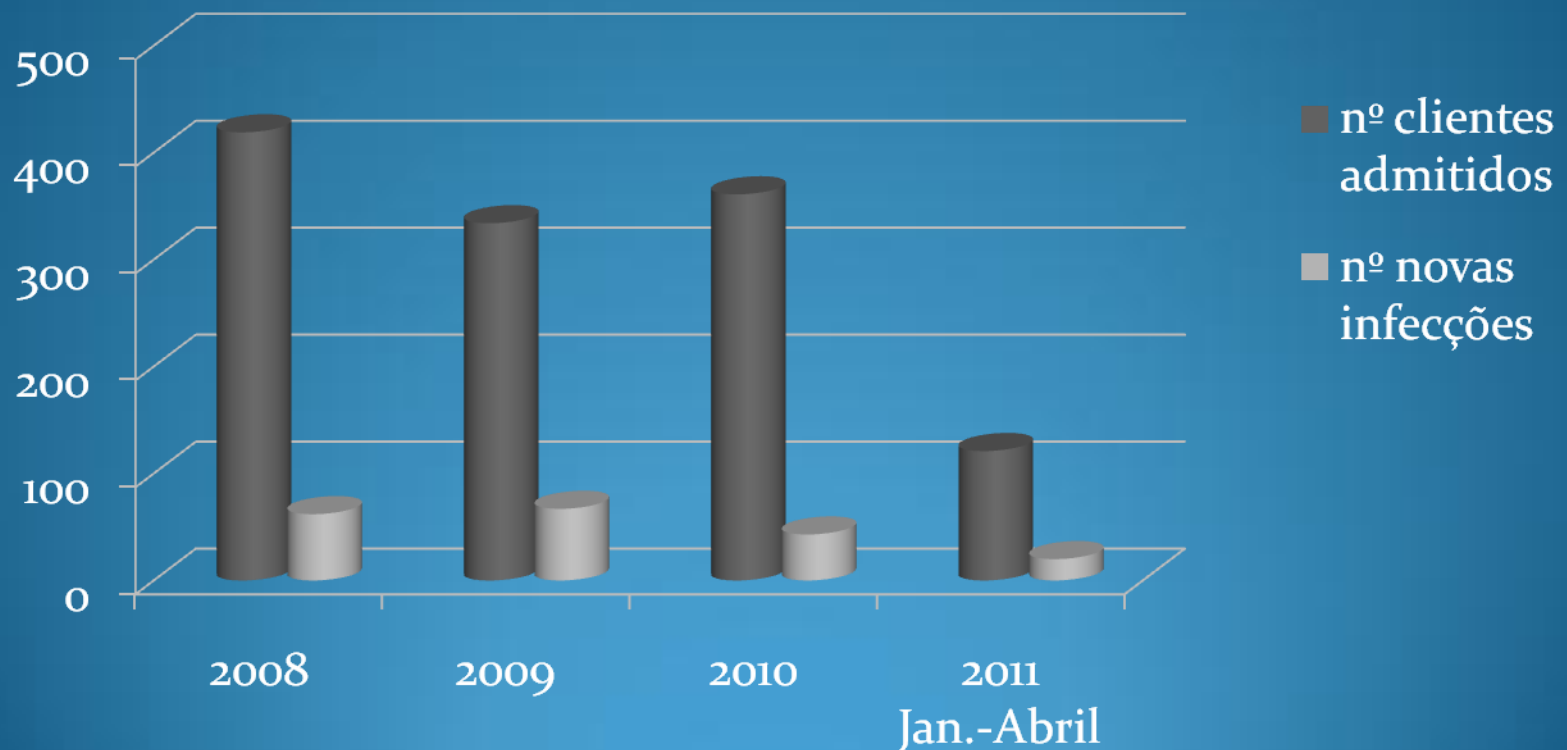
**⚠ Escutar
Orientações da
Equipa de
Enfermagem**



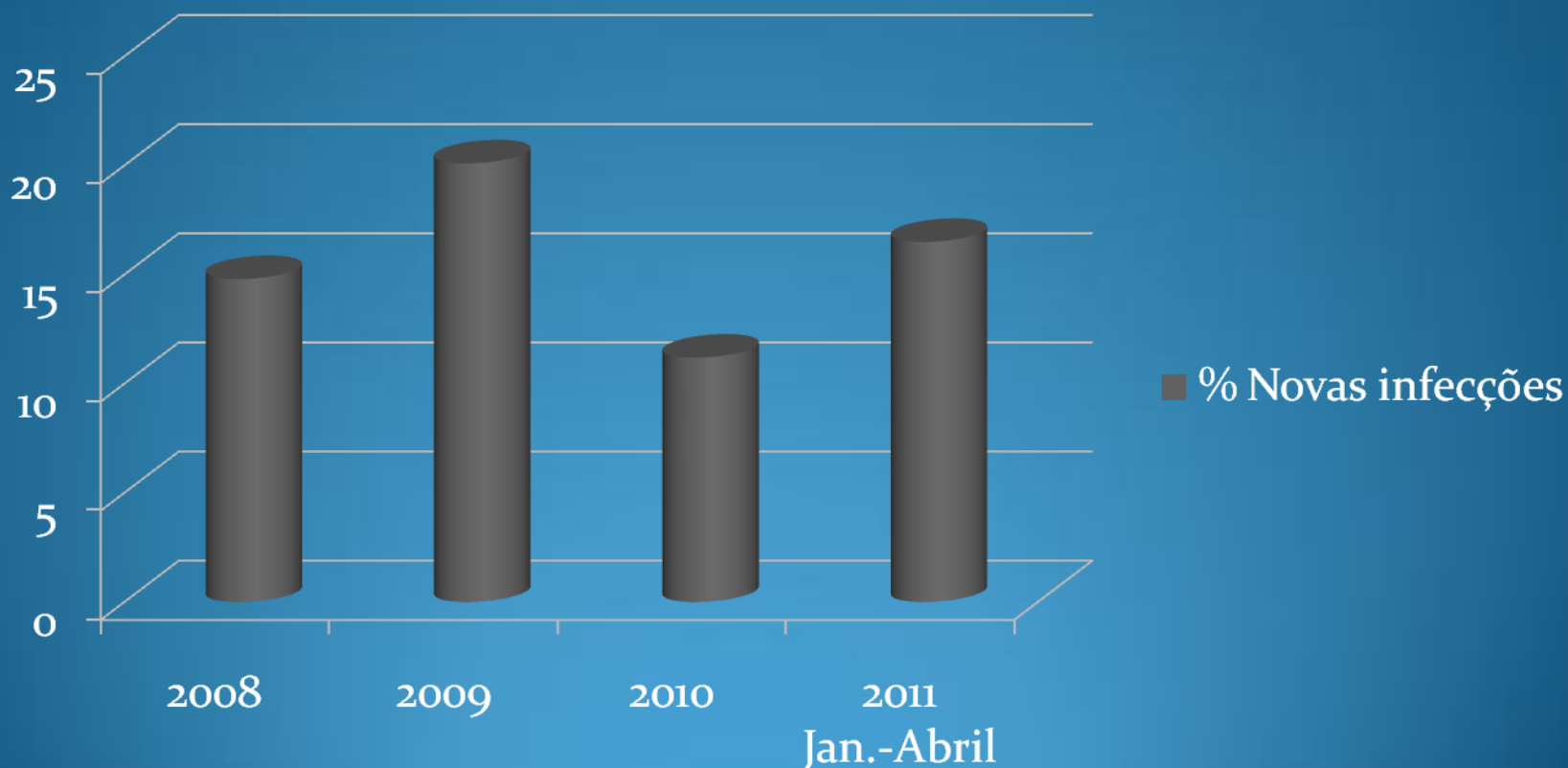
APÊNDICE – VI

Dados da CCIH

Dados da CCIH – Nº total de novas Infecções UCICRE - HFF



Dados da CCIH – Nº total de novas Infecções UCICRE - HFF





APÊNDICE – VII

Apresentação do estudo

“Verificar a aplicação dos princípios estabelecidos
para a correta da lavagem higiénica das mãos”



PREVENÇÃO DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL

❧ OBJECTIVO DO ESTUDO: Verificar a aplicação das normas estabelecidas pela CCIH, pela equipa multidisciplinar, acerca da lavagem higiénica das mãos, na UCICRE do HFF.

❧ TIPO DE ESTUDO: Estudo de carácter descritivo, transversal numa abordagem quantitativa.

❧ COLHEITA DE DADOS: Observação por um guião estruturado.



APÊNDICE – VIII

Ação de formação

“Burnout em enfermeiros da Urgência”

BURNOUT EM ENFERMEIROS DA URGÊNCIA

Destinatários: Enfermeiros AMP do Hospital da Luz
 Elaborado por: Nuno Pereira
 Orientado por: Enf.ª Sandra Barreira

DEFINIÇÃO

Síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso.

Maslach & Jackson (1996)

Síndrome resultante de um período prolongado de stress, caracterizado por esgotamento emocional, físico e de atitudes.

García (1990)

DIMENSÕES DO BURNOUT

Falta Realização Profissional

Exaustão Emocional

Despersonalização

Leitor e Maslach, cit. por Queirós (1997, pag.33)

CAUSAS DO BURNOUT

- ✓ Carga excessiva no trabalho
- ✓ Fragmentação das relações interpessoais
- ✓ Conflito de valores
- ✓ Baixos salários
- ✓ Falta de auto-controlo
- ✓ Fadiga
- ✓ Falha na equidade e justiça

Maslach e Leiter (1997, cit. por Queirós, 2005, pag.49)

SINTOMAS DO BURNOUT

- Físicos
- Comportamentais
- Psíquicos
- Defensivos

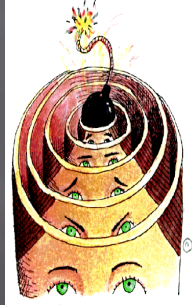
Alvarez, C. (1993)

É PRECISO QUE O PROFISSIONAL SE PERGUNTE:

- O que faço e gosto de fazer?
- O que faço e não gosto de fazer?
- O que não faço e gostaria de fazer?

ESTRATÉGIAS

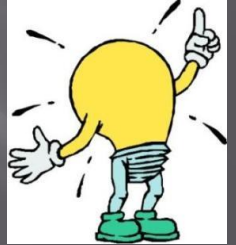
- Identificar o agente de stress
- Organização pessoal
- Estilos de vida saudáveis
- Períodos de férias frequentes
- Aprendizagem de estratégia de resolução de problemas (pessoal, profissional e social)



Frango (1995, p. 98)

ESTRATÉGIAS

- Investir no auto-conhecimento
- Ocupação de tempos livres com interesses extra-profissionais
- Reservar tempo para si próprio
- Estabelecer prioridades
- Melhorar as relações interpessoais



Frango (1995, p. 98)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, C. (1993). Revision teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. Caesura- Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas. (pag.. 2, 47- 65).
- FRANGO, Maria H. (1995) O Stress n Profissionais de Saúde em Meio Hospitalar, Badajoz – Universidade de Extremadura, XII p. 202.
- García, M. (1990) Burnout profesional em organizaciones. Boletín de psicología, 29, 7-27.
- Queirós, P. (1997). Burnout em enfermeiros. Comparação de três grupos. Coimbra: Faculdade de Medicina. (Tese de mestrado).
- Queirós, P. J. P. (2005): Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. 1ª Edição. Coimbra: Edições Sinais Vitais.



APÊNDICE – IX

Revisão bibliográfica

“Burnout em enfermeiros da Urgência”

BURNOUT EM ENFERMEIROS DE URGÊNCIA

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que geralmente se pode caracterizar por altos ideais de ajuda, onde o contacto com a doença, o sofrimento e a morte são uma constante, por outro lado, o ambiente hospitalar proporciona uma multiplicidade de riscos, dos quais resultam cargas físicas e mentais, que poderão ultrapassar determinados limites, tornando-se nocivas para os enfermeiros e consequentemente para os clientes e para a própria organização (Blach & Matassarini-Jacobs, 1996) citado por RAMOS (2002), sendo o serviço de urgência um dos locais mais propícios a esta exposição como primeira linha de acesso aos cuidados de saúde. Os enfermeiros de urgência são confrontados diariamente com situações de stress, angustia e sujeitos a uma pressão elevada e consequente resposta imediata e, no limiar dessa pressão, a necessidade de estabelecer prioridades de intervenção, a imprevisibilidade causada pela grande variedade e gravidade das situações com que se depara, o confronto com a dor, com a doença e com a incapacidade, assim como o facto de que o enfermeiro é a pessoa a quem o cliente frequentemente recorre para as mais diversas perguntas e solicitações e a quem passa as suas angustias e preocupações, predispõem os enfermeiros a uma maior vulnerabilidade (Camacho, 1997) citado por RAMOS (2002). Segundo Queirós (1998), este facto leva-o muitas vezes a ultrapassar um limiar de capacidade de resposta eficaz, com tranquilidade e atempadamente tanto para com o cliente como para com os restantes serviços hospitalares, para os quais estabelece uma ligação com o mundo exterior. Esta exposição a um stress constante e prolongado poderá levar ao desenvolvimento consequente do síndrome de Burnout.

Este trabalho pretende abordar alguns conceitos relativos ao Burnout, assim como identificar as suas causas, sintomas e possíveis estratégias para controlo e prevenção deste síndrome.

CONCEITO DE BURNOUT

O síndrome de Burnout passa por um estado psicológico debilitado, que resulta da combinação de altas expectativas pessoais e stress crónico, que culminam num esgotamento de energia, numa menor resistência à doença, aumento de insatisfação e pessimismo relativamente ao próprio indivíduo e ao trabalho, bem como aumento de absentismo e ineficiência laboral (Pines & Arosen, 1989; Vininga & Spradley, 1987) citado por RAMOS (2002). Num artigo publicado no Journal of Social Issues, Freudenberger em 1974 citado por SÀ (2004), o Burnout foi caracterizado como um “estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada”. Também Garcia em 1990 citado por SOUSA (2008), caracterizou este síndrome como “resultante de um período prolongado de stress, caracterizado por esgotamento emocional, físico e de atitudes”.

No entanto, a definição mais referenciada do conceito é feita por Maslach e Jackson em 1978 citadas por QUEIRÓS (1998), que definiram Burnout como “um síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso”. Em 1981, estas mesmas autoras definiram-no como “uma resposta inadequada a um stress emocional e crónico”, para em 1982 o redefinirem como “um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal” que poderá ocorrer em indivíduos que trabalham com pessoas (Queirós, 1998). Esta visão multidimensional, segundo Queirós (2005) permitiu dividir o Burnout em 3 dimensões distintas:

- *Exaustão emocional*, que se acompanha de um esgotamento físico, caracterizando-se pela sensação de não poder dar mais de si aos outros (Alvarez, *et al*, 1993) citado por QUEIRÓS (2005) e, segundo Maslach (1981) uma situação em que os recursos estão esgotados.

- *Despersonalização* ou *cinismo*, que se revela como uma atitude fria e despersonalizada para com os clientes e colegas, numa atitude cínica e distanciada recorrendo a rótulos depreciativos e atribuindo aos outros a culpa das suas frustrações e do seu comportamento laboral (Martin, *et al*, 1994) citado por Queirós (2005), a qual é uma resposta autodefensiva contra os sentimentos negativos que o acompanham assim como

à sobrecarga que resulta da exaustão emocional, havendo uma desumanização de atitudes e sentimentos e representa a dimensão interpessoal do Burnout.

- *Redução de realização pessoal*, traduz-se num sentimento de inadequação pessoal e profissional manifestada pela incapacidade de resposta ao que lhe é solicitado o que, segundo Alvarez *et al* (1993) citado por QUEIRÓS (2005) pode ser mascarado pela sensação de onipotência como resposta inversa ao sentimento de declínio de competência e de produtividade no trabalho, sendo a dimensão interpessoal do Burnout.

Este síndrome pode ser compreendido então como um processo que se vai estabelecendo gradualmente, iniciando-se com sentimentos de baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo, sendo a resposta a ambos a despersonalização como uma estratégia defensiva, instalando-se por fim um tipo específico de reacção ao stress ocupacional prolongado, que envolve atitudes e comportamentos negativos relativamente aos clientes, ao trabalho e à organização (Borges et al, 2002) citado por CARVALHO (2011), tendo consequências a nível individual e organizacional e estando descrita como um problema de saúde laboral com alta prevalência nos enfermeiros. Gil e Vairinhos (1997), realizaram um estudo relativo aos níveis de Burnout em enfermeiros dos serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais. Verificaram que os enfermeiros da urgência geral (jovens, com prevalência do sexo feminino e solteiros, com nível de escolaridade superior e com pouca experiência profissional) tinham um nível médio de Burnout, enquanto os enfermeiros da urgência psiquiátrica (idade superior, prevalência do sexo masculino e casados, com nível de escolaridade mais baixo e mais anos de profissão) tinham um nível baixo. Num estudo elaborado por Delbrouk (2006) citado por SOUSA (2008) em meio hospitalar, os resultados são convergentes nos diferentes serviços com a exaustão profissional a atingir cerca de um quarto dos enfermeiros dos hospitais gerais, sendo também corroborado por Queirós (2005), ao concluir que “um em cada quatro enfermeiros apresentam Burnout no trabalho”, e que os enfermeiros que exerciam funções em urgência geral, apresentavam níveis de exaustão emocional e física mais elevados, o que vai de encontro ao facto de que os enfermeiros são considerados um dos grupos profissionais mais afectados pelo síndrome de Burnout por integrar na sua prática diária uma filosofia humanística e uma visão holística do cuidar.

CAUSAS DO BURNOUT

As causas do Burnout assentam em factores na generalidade pessoais (personalidade, autocontrolo, idade, sexo e apoio familiar ou religioso), laborais, socioculturais e de interacção como nos diz Carvalho *et al*, (2002), no entanto Maslach e Leiter (1997), citados por QUEIRÓS (2005) identificam seis fontes de Burnout responsáveis pelo desenvolvimento do mesmo:

- Carga excessiva no trabalho (trabalho mais intenso e complexo, maior exigência de tempo, criando exaustão emocional criativa e física)
- Falta de controlo
- Baixos salários
- Falha na equidade e na justiça
- Fadiga
- Fragmentação das relações interpessoais
- Conflito de valores

Estes estímulos nocivos podem ser reais ou potenciais e, segundo Camacho (1997), os enfermeiros em urgência estão sujeitos a agentes agressores biofísicoquímicos (debilidade física, material radioactivo, ruído, luz constante, manutenção de drogas, entre outras) e agentes psicossociais resultantes da relação/comunicação com os clientes, com a família/pessoa significativa, com os elementos da equipa multidisciplinar e da relação com a estrutura física do serviço e organização do trabalho.

SINTOMAS DO BURNOUT

O Burnout, manifesta-se pela exaustão psicológica e/ou fisiológica, respostas negativas face aos outros e a si próprio e face às suas realizações pessoais, sendo uma resposta à tensão emocional gerada pelos profissionais que trabalham com pessoas (Sá,2004) e que, segundo Pereira (2008) citado por CARVALHO (2011), se podem diferenciar e agrupar em 4 áreas distintas: físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos (Quadro I).

QUADRO I – SINTOMAS DO BURNOUT

Físicos	Comportamentais
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos
Distúrbios de sono	Irritabilidade
Dores osteomusculares	Incremento da agressividade
Cefaleias, enxaquecas	Incapacidade para relaxar
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade na aceitação de mudanças
Imunodeficiência	Perda de iniciativa
Alterações cardiovasculares	Aumento do consumo de substâncias
Distúrbios respiratórios	Comportamento de alto risco/suicídio
Disfunções sexuais	
Alterações menstruais nas mulheres	
Psíquicos	Defensivos
Falta de atenção/concentração	Tendência ao isolamento
Alterações de memória	Sentimento de onipotência
Lentidão de pensamento	Perda de interesse pelo trabalho
Sentimento de alienação	Perda de interesse pelo lazer
Sentimento de solidão	Ironia, cinismo
Impaciência, desconfiança, paranóia	Absenteísmo
Sentimento de insuficiência	
Baixa de auto-estima	
Labilidade emocional	
Dificuldade de auto-aceitação	
Astenia, desânimo, disforia, depressão	

O desenvolvimento destes sintomas não é habitualmente associado a este síndrome e instala-se progressivamente, o que faz com que tome proporções cada vez maiores afectando todas as dimensões de vida do enfermeiro. Segundo Sá (2004), este estado de fadiga e desgaste emocional, que surge nas pessoas no início da sua actividade profissional com altos ideais e empenhamento, é substituído gradualmente, devido à falta de retorno positivo, pela desilusão. Estes sintomas não se resignam ao nível

individual afectando as relações interpessoais especialmente com os colegas e superiores e com a organização.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT

Apesar de ainda persistir alguma dificuldade de objectivação perante o síndrome, as suas causas e sintomas são claros. Após a tomada de conhecimento deste síndrome devem ser realizadas atitudes de prevenção, ainda que não esteja presente, ou caso necessário adoptar estratégias de resolução do mesmo caso já se encontre instalado. Primeiramente, segundo Carvalho (2011) é necessário que o profissional se pergunte:

- O que faço e gosto de fazer?
- O que faço e não gosto de fazer?
- O que não faço e gostaria de fazer?

Esta introspecção irá permitir uma reflexão sobre a sua vida pessoal, profissional e social de modo que possa perceber de onde surgem os agentes stressores que eventualmente possam despoletar o Burnout e iniciar uma busca de estratégias que vão de encontro à sua realidade e necessidades.

Segundo Frango (1994), citado por CAMACHO (1997), as estratégias são um meio de superação como forma de adaptação sendo um processo desenvolvido entre os sentimentos interiores e a cognição da necessidade de superar o síndrome, e dependem do individuo e da própria situação. Assim tendo em conta a individualidade de cada um, considerou relevantes as seguintes estratégias:

- Organização pessoal de forma a reduzir ao mínimo o desgaste;
- Adopção de estilos de vida saudáveis (ex.: exercício físico);
- Aprendizagem de estratégias de resolução de problemas a nível pessoal, profissional e social;
- Investir na dimensão relacional dentro do local de trabalho com colegas e clientes apostando também na formação continua;
- Procurar elevar o autoconhecimento;

- Ocupação de tempos livres com actividades não relacionadas com a actividade profissional;
- Reservar tempo para si próprio;
- Após momentos de grande stress, realizar pequenos exercícios físicos, intelectuais e sócio-afectivos, como leitura, jogos, contacto com familiares e amigos.

Este autor sugere também o relaxamento progressivo de Jacobson para alívio do stress, baseado num grupo de exercícios de relaxamento dos vários músculos de modo a submeter a tensão que podem ser postas em prática no serviço.

Complementando as estratégias delineadas por Frango (1994), surge Ribeiro (2004), com as restantes estratégias:

- Identificação dos agentes stressores;
- Estabelecer prioridades (família, trabalho, investigação);
- Estabelecer regras delineando um plano de actividades e desenvolver diariamente;
- Cuidar primeiro de si próprio.

De uma maneira geral, as estratégias podem ser individuais, mas também organizacionais ou de grupo essencialmente no contexto laboral, no entanto, a primeira medida estratégica será o conhecimento da síndrome e das suas manifestações, sendo também necessário que as instituições se encontrem despertas para esta problemática e programar medidas de prevenção e tratamento do síndrome de Burnout.

CONCLUSÃO

A prestação directa de cuidados de enfermagem, essencialmente em serviços de urgência é um factor de stress e de angústia, devido ao confronto diário com situações que sujeitam o enfermeiro a um nível de pressão que vai para lá das suas limitações, propiciando por vezes o desenvolvimento do Burnout. Este síndrome caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal que se estabelece gradualmente devido à exposição prolongada de um nível de stress elevado. As causas de Burnout provêm essencialmente de factores pessoais, profissionais, socioculturais e de interacção e os sintomas deste síndrome são diferenciados como físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos e raramente são associados ao mesmo. O conhecimento e a identificação do Burnout, das suas dimensões e características vão permitir a visualização de estratégias que irão permitir a prevenção e o tratamento do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMACHO, Miguel – Stress e Burnout em Urgência, O Stress nos Profissionais de Enfermagem. Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Funchal. Revista Servir – Vol.. Nº. 45 – Nº. 4, 1997, p. 181-193, ISSN 0871/2370.
- CARVALHO, Fernando; ROSÁRIO, Maria; RIBEIRO, Carla – Síndrome de Burnout. Revista Servir – Vol.. Nº. 50-Nº. 4, 2002, p. 175-180, ISSN 0871/2370.
- SÁ, Luis – Do Stresse ao Burnout em enfermagem. Enfermagem Oncológica - Nº30 e 31, Abril/Julho 2004, p. 14-37, ISSN 0873-5689.
- CARVALHO, C.G.; MAGALHÃES, S.R. – Síndrome de Burnout e suas Consequências nos Profissionais de Enfermagem. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, Vol. 9, Nº 1, Jan./Jul. 2011, p. 200-210, <http://dx.doi.org/10.5892/RUVRV.91.200210>.
- GIL, C. e VAIRINHOS, C. – Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Serviços de Urgência Geral e Psiquiátrica de Hospitais Centrais. ESE Maria Fernanda Resende, trabalho de Investigação realizado no âmbito do 1º Curso de estudos Superiores Especializados de Administração de Serviços de Enfermagem, Lisboa, 1997.
- QUEIRÓS, P.J.P. – Burnout em Enfermeiros, comparação de três grupos. Revista sinais Vitais, nº16, Janeiro de 1998, p. 17-21, ISSN 0872-8844.
- QUEIRÓS, P.J.P. – Burnout, no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. 1ª ed. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2005. 300 p. ISBN 972-8485-47-6.
- RAMOS, J.L.N. – Stress e Coping dos Enfermeiros no Hospital, contexto de urgência/contexto de cirurgia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 7º Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, 2002, 128 p., http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9736/3/4535_TM_01_P.pdf
- RIBEIRO, M. H. M. F; PIRES, J. S. – As Implicações do Stress e Burnout nos Profissionais de Saúde. Revista de Saúde Arnato Lusitano – Nº 18, 4º Trimestre, 2004, Ano VIII, p. 15-21, ISSN 0873-5441.

- GRAZZIANO, E.S. – Estratégias para Redução ao Stress e Burnout entre Enfermeiros Hospitalares. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008, 206 p., www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/.../Eliane_Grazziano.pdf.
- SOUSA, M.C.P.T. – A Síndrome Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Intensivos. Escola Superior de Saúde do vale do Sousa, Porto, Julho 2008, 88 p., <http://www.citma.pt/Uploads/Marta%20Sousa.pdf>.



APÊNDICE - X

Questionário de autoconhecimento - Burnout

O Burnout pode medir-se através do questionário para profissionais de saúde, de **Maslach Burnout Inventory** (MBI-HSS, Human Services Survey) que é um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados em todo o mundo que avalia o desgaste profissional.

A versão actual é formada por 22 itens sob a forma de Likert (sob a forma de afirmações), a cada um destes itens são atribuídos graus de intensidade que vão desde:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 0 – Nunca | 1 – Algumas vezes ao ano ou menos |
| 2 – Uma vez ao mês ou menos | 3 – Algumas vezes durante o mês |
| 4 – Uma vez por semana | 5 – Algumas vezes durante a semana |
| 6 – Diariamente | |

É composto por 3 sub-escalas:

- A **“exaustão emocional”** é composta por 9 questões que traduzem sentimentos de se estar emocionalmente exausto e esgotado com o trabalho (01 a 09);
- A **“despersonalização”**, formada por 5 questões que descrevem respostas impessoais (10 a 14);
- A **“realização pessoal”**, que é constituída por 8 questões que descrevem sentimentos ao nível da capacidade e sucessos alcançados no trabalho com pessoas, esta última está inversamente correlacionada com a síndrome (15 a 22).

Para cada uma das afirmações deve ser escolhida uma das respostas de acordo com a frequência:

Nº	EE	Pontos
1	Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho	
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho	
3	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	
4	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço	
5	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho	
6	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho	
7	Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado	
8	Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado.	
9	Sinto que esgotei todos os recursos.	
	DP	
10	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos.	
11	Tornei-me mais insensíveis às pessoas desde que tenho este trabalho.	
12	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	
13	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	
14	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	
	RP	
15	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	
16	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	
17	Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	
18	Sinto-me cheio(a) de energia.	
19	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	
20	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho.	
21	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	
22	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	

Pontuação Final

Questão	MBI – Subescala: Baixo (B) / Médio (M) / Alto (A)			
01 – 09	EE – Exaustão emocional	B ≤ 16	M 17 - 26	A ≥ 27
10 – 14	DP - Despersonalização	B ≤ 06	M 07 - 12	A ≥ 13
15 - 22	RP – Realização Pessoal	B > 39	M 32 - 38	A < 31

Um nível baixo de burnout reproduz-se em scores baixos nas sub-escalas de “exaustão emocional” e “despersonalização” e scores elevados na “realização pessoal”. Um nível médio é representado por valores médios nos scores das três sub-escalas e um nível alto de burnout traduz-se em scores altos para as sub-escalas de “exaustão emocional” e “despersonalização” e scores baixos na “realização pessoal”, ou seja, para a cotação das três dimensões do teste estão estipulados os intervalos rácios que correspondem a atribuições qualitativas.



APÊNDICE - XI

Avaliação da ação de formação “Burnout em enfermeiros da Urgência”

Avaliação da sessão – Burnout em Enfermeiros de Urgência

